THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SHS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE 252

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A. GOURVITCH

Ancien externe des hôpitaux

Né à Vilna (Russie) le 1er Mars 1888

La Chirurgie Vésicale

DES

Fistules Vésico-Vaginales

Président : Monsieur le Professeur QUÉNU

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE DROIT

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VIe Ar.). — PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur QUÉNU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. CHEVASSU

Hommage respectueux de ma reconnaissance.

A MON EXCELLENT MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé WALTHER

Nous n'oublierons jamais la bonté
de cet excellent maître.

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur P. RECLUS
Stage 1908

Monsieur le Professeur agrégé BARIÉ
Stage 1909

Monsieur le Professeur agrégé G. MARION
Externat 1910

Monsieur le Docteur E. APPERT, médecin des hôpitaux
Externat 1911

Monsieur le Professeur PINARD
Stage d'accouchement 1911

Monsieur le Docteur BEURNIER, chirurgien
des hôpitaux
Externat 1912

Historique — Introduction

En 1881, Trendelenbourg fait une première tentative d'opérer une fistule vésico vaginale par la voie vésicale. Cette première tentative échoue, ainsi que la suivante, faite 3 ans plus tard. Néanmoins Trendelenbourg persiste dans cette nouvelle voie et il obtient 3 guérisons successives. En publiant ses observations, Trendelenbourg dit, que l'indication de cette nouvelle méthode se présente toutes les fois que la fistule est inabordable par le vagin. Nous verrons par la suite, que les indications de cette intervention sont beaucoup plus nombreuses.

Marc Gill, Baumme et Madelung, ont imité Trendelenbourg à l'étranger.

En France, son exemple était suivi avec succès pour la première fois en 1894 par Pousson (1), puis repris par plusieurs chirurgiens notamment par MM. Duplay, Pierre Delbet, Rafin et Imber.

(1) Archives provinciales de chirurgie. Décembre 1894.

En 1897 Martin (1) dans sa thèse rapporte 11 observations de voie haute.

En 1900 M. Segond (2) communique à la société de chirurgie un cas de fistule qu'il a abordé par la taille hypogastrique. L'un des uretères se trouvant à fleur de la fistule, M. Segond décolle la paroi vésicale sous le péritoine et ferme la fistule en dehors de la cavité vésicale.

En 1903, L. Thiers (3) de Lyon réunit dans sa thèse 10 observations d'opération de Trendelenbourg.

En 1909, G. Surin (4), de Lyon fait une thèse sur le même sujet. Il a le mérite d'indiquer le rôle de la cystoscopie qui permet d'apprécier les rapports exacts des orifices urétéraux avec la fistule. Il réunit 21 observations dont deux, celles du Docteur Rochet, donne l'explication des insuccès fréquents de la voie vaginale dus à ce que l'un ou même les deux orifices urétéraux sont compris dans la suture de la fistule.

En 1910 MM. Rochet et Muller (5) publient une

---

1 Ch. Martin. — Etude sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales, Paris 1897.

(2 Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie 1900 (XXVI p. 919.

3) L. Thiers : Contrib. à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale ou opération de Trendelenbourg. Th. de Lyon, 1903-1904.

G. Surin. — L'opération des fist. vésico-vagin. par la voie transvésicale. Th. de Lyon 1908-1909.

(5) Rochet et Muller : Fistule vésico-vaginale compliquée de participation uretérale à la fistule. Annales des malad. des org. génito-urin. 1910, p. 1057.

observation de fistule, dont l'opération, par la voie haute, leur semble indiquée par la présence des rapports étroits de la fistule avec l'orifice uretéral.

Enfin, dans la séance de la Société de Chirurgie du 6 février 1912, notre Maître, M. Chevassu, a présenté une malade (1) (dont l'observation était rapportée par M. Michon) qu'il a guérie d'une fistule vésico-vaginale en l'opérant par la voie transvésicale. Nous publions cette observation in-extenso. Au cours de son intervention, M. Chavassu, pour des raisons sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir, n'a pas suivi la technique habituelle, le dédoublement et suture en deux plans vaginal et vésical.

Le 6 mars 1912, M. Chevassu a fait une intéressante clinique sur la voie sus-pubienne dans le traitement des fistules vésico-vaginales, ses indications et sa technique opératoire.

En nous donnant le présent sujet de thèse, notre maître nous a communiqué une seconde observation, personnelle et inédite, d'opération, de fistule par voie haute. Cette opération était suivie d'insuccès ; néanmoins, dans la question encore peu développée des indications opératoires et du traitement des fistules vésico vaginales par la voie transvésicale, elle conserve tout son intérêt.

Dans notre modeste travail nous avons pu réunir 25 observations des fistules vésico vaginales opérées par

(1) Bullet. et mém. de la soc. de Chirurg. de Paris, 6 Février 1912, p. 183 et 13 février 1912, p. 199.

voie haute. Cette petite statistique nous semble permettre de faire une critique et une description du procédé.

Nous allons, en plus insister sur les indications de la voie haute et plus particulièrement sur l'intérêt à pratiquer chez les malades atteints de cette affection, un examen endescopique de la vessie. A notre avis cet examen à lui seul, et à l'absence même des difficultés opératoires du côté du vagin, peut, dans certains cas, trancher la question si importante de la voie opératoire.

Anatomie. — Anatomie pathologique

Toute la cloison vésico-vaginale peut être le siège des trajets fistulaires, établissant une communication entre la vessie et le vagin. Mais la gravité de ces fistules et la facilité de leur cure opératoire, sont essentiellement variables suivant tel ou tel point de leur emplacement.

Pour être plus clair, nous décrirons en quelques mots l'anatomie de la région qui nous occupe.

La paroi antérieure du vagin en rapport est en avant avec trois portions différentes du réservoir urinaire. La partie toute supérieure de cette paroi, celle qui s'étend du fond du cul-de-sac antérieur du vagin, jusqu'à la ligne transversale du triangle de Pawlick, répond au bas fond vésical ; plus bas c'est la zone du triangle de Pawlick, et nous savons qu'elle répond exactement au trigone vésical. Plus bas encore, la paroi vaginale se trouve en rapport avec le col de la vessie et le canal urétral. De ces trois régions les deux supérieures seules nous occupent. A leur niveau la cloison vésico-vaginale

a une épaisseur moyenne de 4 à 6 millimètres. Elle est constituée par l'adossement direct de deux tuniques unies par un tissu cellulaire. Ce tissu cellulaire est suffisamment lache pour permettre assez facilement le dédoublement des deux tuniques. Dans l'épaisseur de ce tissu cellulaire, sur la paroi antérieure du vagin, cheminent les deux uretères, qui, après avoir croisé l'artère utérine, se dirigent en bas et en dedans, pour gagner la vessie. Cette partie de leur trajet est longue de 15 à 18 millimètres. Les uretères perforent la vessie obliquement et débouchent dans ce réservoir par deux méats situés sur les deux angles supérieurs du trigone. A ce niveau ils ne sont séparés l'un de l'autre que par une distance de 20 à 25 millimètres, quand la vessie se trouve à l'état de vacuité et qui est de 40 à 45 millimètres quand la vessie est distendue.

Cette disposition nous permet de prévoir que les lésions anatomiques sont essentiellement variables suivant la situation de la fistule par rapport aux conduits uretéraux.

Une fistule siégeant dans la partie toute supérieure du vagin, à fleur du col utérin ou même en le comprenant, établit une communication du vagin avec le bas-fond vésical. Si cette fistule n'est pas trop latérale, elle a beaucoup de chances de ne pas intéresser les conduits uretéraux, qui, à ce niveau, sont suffisamment écartés l'un de l'autre. Dans le cas contraire, on voit se produire fréquemment une fistule *urétéro-vaginale*, variété spéciale à symptomatologie propre. Nous n'allons

pas nous occuper de ces fistules dont l'histoire n'entre pas dans notre sujet.

Lorsqu'une fistule siège au niveau du bourrelet inter-urétérique, les conditions ne sont pas les mêmes. Nous avons vu qu'à ce niveau les deux conduits ne s'écartent qu'à une distance de 20 à 25 millimètres. Il suffit donc que la fistule siège un peu latéralement ou qu'elle soit d'une dimension un peu grande, pour que l'un ou même les deux uretères soient intéressés à leurs extrémités.

Parmis les 25 observations que nous publions, 14 donnent une description plus ou moins complète de la fistule vue par sa face vésicales. A ces 14 observations il faut joindre 2 cas du Professeur Rochet où l'opération n'a pu être pratiquée, mais où la fistule a pu être étudiée par sa face vésicale, soit directement après ouverture de la vessie, soit à l'aide de cystoscope à vision directe.

Nous avons constaté que 10 fois sur 14 la fistule occupait la région du trigone vésical. Il semble donc que c'est la situation la plus fréquente. La fistule est rarement médiane ; elle se trouve tantôt plus près de l'orifice gauche. Cependant dans deux cas la fistule occupait toute la région du trigone et confinait aux deux orifices uretéraux à la fois. (Obs. II et XVII).

Dans deux observations (Obs. IX et XXI) on se trouve en présence de deux fistules ; l'une plus petite que l'autre. Dans ces deux cas l'une des fistules se trouvait juste à l'embouchure d'un des uretères, de sorte qu'une dissection de ce conduit était nécessaire avant la fermeture de la fistule. Enfin, dans 3 cas (obs. XX et les cas du

Dr Rochet) la fistule est unique, mais elle se trouve à une distance tellement rapprochée de l'orifice urétérale que ce dernier est fatalement pris dans la suture au moment de l'intervention par voie vaginale.

Dans les autres 3 cas (Obs. III, IV et XVIII) la fistule est latérale, mais elle siège à une distance suffisante du méat pour ne pas l'intéresser.

Dans 4 de nos observations (obs. V, XI, XXII, XXIII) la fistule s'était trouvée non pas dans la région du trigone mais dans le bas-fond vésical. Parmi celles-ci, on compte l'intéressante observation de Trendelenbourg, où la fistule siège à 1 centimètre 1/2 en haut et en dehors de l'orifice uretéral droit. La fistule intéresse l'uretère dans son trajet intrapariétal ; elle le sectionne pour ainsi dire, dans sa continuité ; c'est une fistule uretéro-vésico-vaginale.

Au point de vue de leur aspect, les fistules, vues par leur face vésicale, se présentent sous trois formes :

1/ La forme à aspect cicatriciel ; 2/ la forme à l'emporte-pièce et 3/ la forme à l'aspect fongueux.

Quand les bords de la fistule sont cicatriciels, ils sont en même temps épaissis et le processus de sclérose peut s'étendre assez loin. Il s'agit presque toujours des fistules qui s'accompagnent d'altérations vaginales profondes. Nous n'avons pas besoin de décrire ces altérations qui sont très bien connues. Ce sont des brides cicatricielles modifiant profondément le vagin, le rétrécissant considérablement et lui donnant souvent la forme d'un infundibilum profond et étroit, au fond duquel le col

utérin est parfois réduit à une cicatrice indurée et sclérosée. Bien entendu, ces déformations cicatricielles du vagin peuvent se retrouver également dans les deux autres catégories.

Dans les cas où la fistule est produite par une perte de substance à l'emporte-pièce, les deux muqueuses, vésicale et vaginale, se confondent presque. Il s'agit souvent des pertes de substance assez considérables. Il y a une large communication entre la vessie et le vagin sans formation des replis qui pourraient retenir dans une certaine mesure le liquide injecté dans la vessie, ce qui constitue une difficulté pour l'examen cystoscopique. C'est malheureusement assez fréquent.

Enfin les bords de la fistule peuvent présenter un aspect et une consistance fongueux. Ils sont épais, mais friables et se déchirent très facilement sous la traction du fil qui les coupent. Il semble que ces formes sont l'apanage des vessies partiellement infectées et contenant des calculs secondaires qui maintiennent l'infection. Ce sont des cas où le succès opératoire est le plus difficile à obtenir, et n'est ce pas à cette consistance défectieuse des tissus que M. Chevassu doit son échec dans l'observation XXIII.

Dans tous les cas où le processus de sclérose est accentué, des adhérences au squelette de la ceinture pelvienne, des bords de la fistule peuvent exister (Obs. XV.)

Nous ne nous attarderons pas à décrire les désordres anatomiques créés par les fistules et coexistent avec elles

dans le vagin. Ce sont des cloisonnements et brides cicatriciels dont nous avons déjà indiqué l'existence et qui sont bien décrits par les auteurs.

Nous savons également quels sont les troubles fonctionnels et infectieux que produisent les fistules vésico-vaginales. Le vagin s'enflamme et s'irrite par contact perpétuel avec l'urine qui vient de la vessie. La vessie s'infecte par les germes, qui lui viennent du vagin. De là l'augmentation du processus de sclérose dans le vagin d'une part, du processus d'infection des voies urinaires d'autre part. Bien entendu ce dernier est plus grave que le premier parce qu'il aboutit à une infection, dite ascendante, des uretères et des reins avec toutes ses conséquences fâcheuses.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des fistules vésico-vaginales est relativement facile.

Aussi n'allons-nous pas nous attarder à décrire les procédés d'exploration auxquels on a recours habituellement pour examiner une fistule vésico-vaginale par son côté le plus facilement accessible, le côté vaginal. Ce qui nous intéresse particulièrement c'est le diagnostic de ces fistules par leur côté vésical. Nous avons la conviction que ce diagnostic a une grande importance et que nombre d'échecs opératoires sont dus à ce que la fistule n'a pas été examinée par sa face vésicale. Plusieurs de nos observations viennent à l'appui de cette opinion.

Ce diagnostic ne peut se faire qu'à l'aide de cystoscope, qui est actuellement un instrument de pratique journalière et qui pourtant n'a pas été utilisé souvent pour l'exploration des fistules vésico-vaginales.

Les Drs Rochet et Muller rapportent l'histoire d'une malade qui était opérée 4 fois par la voie vaginale et

qui néanmoins ne fut pas guérie. Quand ces auteurs intervinrent par la voie hypogastrique ils ont vu qu'une fistule siègeait à fleur de l'orifice uretéral gauche, et que fatalement cet orifice était toujours pris dans la suture au moment de l'opération. Les mêmes constatations sont faites par le Dr Rochet, sur deux malades dont une éprouvait des douleurs lombaires et présentait des symptômes de retention rénale chaque fois qu'on l'opérait par voie vaginale, et ce n'est qu'au moment où les sutures lachaient que ces phénomènes disparaissaient. Des phénomènes analogues ont été rapportées par le professeur Segond (Observation XX) (1).

Nous voyons donc que la proximité de l'orifice uretéral est un élément de diagnostic très important ; il y a un grand intérêt à le savoir reconnaître toutes les fois qu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale, sous peine de voir l'intervention échouer ou même empirer la situation.

Il faut cependant avouer que l'examen cystoscopique n'est pas toujours facile, mais il est loin d'être impossible. La réplétion de la vessie par un liquide, nécessaire pour pratiquer cet examen, est difficile à obtenir à cause d'échappement du liquide par l'orifice fistuleux. Cependant d'habitude le liquide s'échappe encore assez lentement pour permettre l'examen cystoscopique. La muqueuse vésicale, en produisant « l'entropion » au niveau des lèvres de la fistule, l'oblitère en partie et forme une

(1) Bull. et mem. Soc. de Chirurgie, 1910. p. 912.

sorte de valvules qui s'opposent à l'échappement du liquide.

L'examen cystoscopique pratiqué par le docteur Rochet, de Lyon, a été fait à l'aide de cystoscope à vision directe dont l'emploi ne nécessite pas la distension de la vessie.

Cet examen était pratiqué dans d'assez bonnes conditions deux fois par notre maître M. Chevassu.

M. Chevassu a pu voir dans l'un de ces cas un polype de la vessie, dans l'autre un calcul qui coexistaient avec la fistule vésico-vaginale. Ceci ne pouvait que fournir un élément en plus pour décider M. Chevassu à diriger son intervention par la voie haute.

Le siège et les caractères de la fistule ne sont pas les seuls éléments de diagnostic qu'il faut demander à la cystocopie. Cette exploration permet en même temps de préciser l'état de la vessie et son contenu. La présence des lésions cancéreuses, des polypes vésicaux, des calculs sont autant d'éléments qui plaident en faveur de l'intervention par la voie haute et l'importance de faire leur diagnostic ne sera contestée, nous l'espérons bien, par personne.

La méthode à employer pour procéder à l'examen cystoscopique est la suivante. Après nettoyage et l'injection de liquides habituels, on cherche tout d'abord à trouver les deux orifices uretéraux. Ceux-ci sont quelquefois cachés sous un repli de la muqueuse. Une éjaculation d'urine peut révéler leur siège ; dans certains cas difficiles on peut recourir à l'injection préalable de carmin-

indigo, qui produit une sécrétion d'urine colorée et permet ainsi plus facilement d'apercevoir son éjaculation au niveau de méats uretéraux. On étudie ensuite la fistule elle-même et ses bords et pour cela on introduit une sonde ou un stylet par le vagin. Dans le cas où ce serait difficile, on peut recourir à l'injection de liquide coloré par le vagin. Le liquide apparu dans un point de la vessie, indique le siège de la fistule, qui souvent est cachée par un repli muqueux, ou au fond d'un infundibilum profond. Ensuite, on examine avec soin l'intérieur de la surface de la vessie et on cherche s'il n'existe pas de calcules ou des graviers.

A côté de ces cas, où l'examen cystoscopique chez des malades atteints de fistules vésico-vaginales est relativement facile, il y en a d'autres où cet examen est très difficile, voire même impossible.

Nous croyons qu'il faut *toujours* le tenter, et si la vessie ne retient pas le liquide, on a une capacité insuffisante — employer le cystoscope à vision directe.

Nous voyons donc quel est l'énorme intérêt à pratiquer systématiquement une exploration cystoscopique chez toute malade atteinte d'une perforation de la cloison vésico-vaginale. Bien entendu, il s'agit d'une exploration qui peut échouer, mais qui, le plus souvent, quand elle est menée avec patience et un peu de bonne volonté, donne des renseignements de la plus haute importance, car ces renseignements sont pris en considération au moment où l'on décide quelle est la voie à suivre dans une intervention, destinée à guérir la malade d'une infirmité pénible.

TRAITEMENT

Le traitement de fistules vésico-vaginales fait dans des conditions habituelles par la voie vaginale, peut se résumer actuellement en trois méthodes.

La méthode d'avivement ou méthode américaine importée en France par Bozeman (1858) a eu beaucoup de vogue. C'est à vrai dire la première méthode rationnelle qui était employée pour traiter les fistules urinaires chez la femme et qui a donné beaucoup de beaux succès. Elle consiste à aviver le pourtour de la fistule en entonnoir de façon que les surfaces cruentées soient le plus largement possible mises en contact et suturées ensemble.

La méthode dé dédoublement est une modification heureuse de la méthode précédente. Elle a pour but de mettre en contact non pas des bords plus ou moins larges mais des véritables surfaces. Aussi ses résultats ont été plus satisfaisants. Dans l'opération par dédoublement on commence par aviver les bords de la fistule

puis on dissèque la muqueuse sur une étendue de un centimètre et demi environ de façon à séparer les tuniques vésicales des tuniques vaginales. Cette séparation se fait habituellement sans grandes difficultés. Le dédoublement effectué, on fait deux plans de suture, l'un profond sur la vessie, l'autre superficiel sur le vagin.

Cette méthode défendue par Dubové (de Pau) fut pendant longtemps délaissée. Plus tard elle a été reprise en Allemagne par Van Herf (1887), Saenger (1888), Fritch (1881), Valcher (1889), Mackenrodt (1894), en Russie par Fenomenoff (1896), en Italie par Ziemacki (1888-1896), en France elle a été surtout défendue par Ricard (1896) par Quenu (1897) et par Berger (1897).

Du très court exposé que nous avons fait, on voit que le traitement opératoire habituel des fistules vésico-vaginales se fait à l'aveugle par rapport aux orifices uretéraux. Aussi ces orifices, comme nous l'avons vu, sont pris très souvent dans les sutures et ceci est un accident qui ne peut être évité quand la fistule est de grandes dimensions, très proche de méats uretéraux. Fergusson (1), puis Braquehaye (2) ont apporté une modification nouvelle dans le traitement par le dédoublement qui permet de ne pas toucher à la muqueuse vésicale et, par conséquent, d'éviter à coup sûr la suture des orifices uretéraux. Ces auteurs font une incision circulaire, tout autour de la fistule, à une certaine distance de son bord libre, puis dissèquent la muqueuse

(1) American Journal of obstetr. Avril 1895.

(2) Braquehaye. Bull. Hôp. civ. franc. de Tunis. 1901.

vaginale de la périphérie vers le centre ; on s'arrête à quelques millimètres du bord et on retourne la collerette ainsi disséquée, de sorte que sa surface cruentée regarde le vagin. Cette collerette est fermée en bourse, puis les lambeaux de la muqueuse vaginale sont rapprochés et suturés à leur tour, en formant un deuxième plan, qui double celui formé par la collerette retournée.

En disséquant la collerette excentriquement, on évite la superposition exacte de deux surfaces.

Tels sont les procédés qu'on emploie actuellement pour traiter ces fistules vésico-vaginales par le vagin. Tous, ils nécessitent bien souvent des manœuvres prémonitoires destinées à assouplir et à élargir le vagin qui est souvent sclérosé et retréci par des brides cicatricielles. Ces manœuvres bien décrites par Bazeman, se font en plusieurs temps et longtemps avant l'intervention.

La voie haute. — Avant d'entrer dans l'exposé de la méthode transvésicale, éliminons tout de suite les deux procédés qui ont emprunté la voie suspubienne mais sans entrer dans la cavité de la vessie V. Dittel (1) en Allemagne et Forque (2) en France, abordent la fistule par la voie transpéritonéale. Après avoir fait une laparotomie ils incisent le cul-de-sac vésicouterin, décollent les deux organes jusqu'au-delà de la fistule, puis sutu-

(1) V. Dittel Abd. Blasensheidenfisteln. Opération. Wien. Klin. Woche 1893, p. 449.

(2) Forgue. Revue de gynéc. et de chirurg. abd. 1906, p. 503.

rent séparément les deux orifices qui se présentent. Cette excellente opération nous semble avoir un sérieux inconvénient qui consiste à faire une opération sur la vessie, qui n'est jamais aseptique, en plein péritoine. Bardenheuer (1) emploie un procédé analogue au précédent, qui cependant ne présente pas cet inconvénient. Cet auteur aborde la fistule également par le cul de sac vésico-utérin, mais il le fait sous le péritoine en décollant d'abord la séreuse sur toute la face postérieure de la vessie.

Voie transvésicale. — Le premier temps de la voie transvésicale est la taille suspubienne, qui permet d'aborder la vessie sans entrer dans la grande cavité péritonéale.

Trendelenbourg attache, avec raison, une grande importance à la position de l'opérée. Celle-ci doit être mise en position inclinée. « C'est grâce à elle, dit Surin, que la vessie placée derrière le pubis descendra pour s'étaler largement sous les yeux de l'opérateur. » (1)

Les auteurs se sont efforcés de pratiquer une incision qui donne le plus de jour sur cette cavité profonde, cachée sous le pubis et protégée en avant par l'attache inférieure de deux muscles puissants droits de l'abdomen.

Les auteurs allemands ont toujours fait une incision transversale. Trendelenbourg l'a faite parallèle aux bords supérieurs du pubis et légèrement concave en

(1) Bardenheuer. Arch. f. w. chir. Berlin 1891 XLII 362-364.

haut. Arrivé sur les plans musculaires et aponévrotiques, il les sectionne transversalement. (Observ. IV.)

Docteur Léopold en Angleterre pratiquait aussi une incision transversale, longue de 10 centim., mais il abaissait sur elle une seconde incision de la même longueur et qui suivait la ligne médiane. De cette façon l'ensemble de son incision se présente sous la forme d'un T renversé. Arrivé sur le plan musculaire, il écartait les muscles droits de leurs insertions pelviennes.

M. Rochet décrit une modification du procédé allemand. Elle consiste à faire une incision transversale sur les extrémités de laquelle on abaisse deux incisions longitudinales. Arrivé sur le plan musculaire M. Rochet incise les muscles droits transversalement à la distance de 1 centim. au-dessus de leurs insertions pubiennes. Cette incision transversale ne doit pas comprendre toute la largeur des muscles droits, elle n'intéresse qu'une partie de cette largeur et respecte les faisceaux les plus externes de ces muscles.

Teynac, dans sa thèse inspirée par Pousson, dit que ses recherches personnelles, faites sur les cadavres, lui ont prouvé la supériorité de la taille transversale pour obtenir un accès large et facile sur la cavité vésicale. Néanmoins, il préfère la section médiane qui donne moins d'éventration. Cette incision a selon lui d'autres avantages encore. 1° C'est de conserver la tonicité des droits qui serviront de sphincter autour du drain sus-pubien et l'empêcheront de se déplacer sous l'influence des mouvements spontanés de la patiente ou des mou-

vements provoqués par les vomissements. 2° Cette incision est plus prompte et plus facile à guérir.

En France on employait l'incision verticale et sans jamais sectionner les muscles droits. Il est bien évident que cette manière de procéder évite dans une grande mesure les éventrations qui étaient de règle chez Trendelenbourg, et que cet auteur croyait n'être qu'un « faible inconvénient si on le compare à la terrible infirmité dont on devait guérir les malades. » L'incision médiane est dans la plupart des cas entièrement suffisante pour avoir un jour nécessaire sur la cavité vésicale.

M. Chevassu l'a pratiqué dans ses deux interventions sans éprouver de difficulté sérieuse. Il faut seulement se munir d'un écarteur supplémentaire — la vulve de Leguen semblant être insuffisante — et M. Chevassu a dû confier un écarteur à main à un de ses aides pour maintenir ouvert l'angle supérieur de la plaie. Ceci prouve qu'on ne serait que trop prudent en s'assurant du concours d'un aide supplémentaire avant d'aborder l'intervention.

Dans une de ses opérations Trendelenbourg pour se frayer un jour plus considérable encore, entama une bandelette osseuse avec l'insertion inférieure des muscles droits, et c'est en relevant vigoureusement cette bandelette osseuse avec des muscles et aponévroses qui y adhéraient, qu'il atteint l'espace prévésicale (opération de Braman). Les faits ont bien démontré l'inconvénient sérieux de cette opération, la suture osseuse n'a pas tenu, l'os s'était infecté et s'était nécrosé, une suppuration interminable en est résulté. Une nouvelle inter-

vention a été nécessaire et ce n'est qu'après ablation des esquilles nécrosées, et désinfection soignée, que la malade est guérie.

Rappelons encore le cas de MM. Rochet et Muller, (obs. XXI) où une chondrite et ostéite nécrosante des pubis et de la symphyse se sont déclarés sans qu'on ait touché à la ceinture pelvienne au cours de l'opération.

Donc quelle que soit la méthode d'accès qu'on emploie il faut s'abstenir rigoureusement de toute intervention sur la ceinture pelvienne, sous peine d'avoir des ennuis postopératoires, qui compromettent en grande partie le succès de l'intervention. Les raisons en sont bien simples et pour les exposer nous ne saurions mieux faire que de citer ce passage que nous trouvons dans la thèse de Surin :

« Ces opérations (sur le bassin) sont longues, compliquées ; elles créent une voie d'absorption facile pour une urine qui peut être septique, au milieu d'un foyer osseux directement ouvert à son contact ».

« Elles peuvent même compromettre la solidité de la ceinture osseuse du bassin ».

« Elles n'offrent pas d'avantages qui puissent les faire employer et la plupart des chirurgiens les ont abandonnées même lorsqu'il s'agit de s'ouvrir sur la vessie une large voie dans les interventions pour tumeurs ».

Il nous semble qu'il n'y a pas lieu d'insister longuement sur la façon d'ouvrir la vessie proprement dite. Cette ouverture doit se faire de façon à éviter la section du péritoine et c'est pour faire remonter le cul-de-

sac péritonéal qu'on a recours à la distension aérienne de la vessie dans l'opération de la taille sus-pubienne. Bien entendu cet artifice n'est pas applicable dans le cas des fistules vésico-vaginales : l'air s'échappe rapidement par l'orifice fistuleux. On peut recourir à l'injection du liquide qui souvent s'échappe lentement et laisse la vessie distendu pendant un certain temps.

Nous croyons que dans le cas où cette distension par un liquide serait elle-même impossible, il n'y a pas lieu de recourir à l'oblitération momentanée de l'orifice fistuleux par un ballon de Petersen introduit dans le vagin, comme le faisaient certains chirurgiens. Pour éviter l'incision accidentelle du cul-de-sac péritonéal, on tâche de le décoller soigneusement au doigt coiffé d'une compresse et recourbé en crochet, puis, en refoulant ce cul-de-sac à l'aide d'un écarteur, on passe deux fils suspenseurs qui traversent toute l'épaisseur de la paroi vésicale. On soulève par traction de ces fils la paroi antérieure de la vessie, on incise entre les deux fils et on prolonge l'incision en haut et en bas de façon à ouvrir la vessie aussi largement que possible. A ce moment le cul-de-sac péritonéal doit être soigneusement évité et protégé par un écarteur prudent.

La vessie étant ouverte, on cherche immédiatement à explorer sa cavité pour bien apprécier sa conduite qui va être nécessaire tout à l'heure. L'exploration de l'intérieur de la vessie nécessite un bon éclairage, aussi plusieurs chirurgiens ont-ils recours à la lampe électrique. Mais dans des conditions ordinaires, et quand la

paroi n'est pas très épaisse, un bon éclairage naturel suffit. Il faut cependant bien écarter les lèvres de la plaie ; pour cela une valve de Legueu ou de Bazy est appliquée. Dans le cas de M. Chevassu cette valve était insuffisante ; il fallait recourir à un dépresseur à main.

Pour diminuer la profondeur du trou au fond duquel on est obligé de travailler, on tache de rapprocher la paroi inférieure de la vessie vers l'ouverture de la plaie. Pour cela plusieurs procédés ont été employés. On mettait dans le vagin divers objets qui avaient pour but de refouler en haut et en avant la cloison vésico-vaginale. Le meilleur moyen consiste à mettre dans le vagin deux doigts d'un aide, qui ont l'avantage d'être un instrument vivant, se déplaçant facilement et refoulant tour à tour diverses parties de la cloison.

On reconnaît donc la fistule, son siège exact, ses formes, ses dimensions, *ses rapports avec les conduits urétéraux et leurs orifices de débouchement.* Au besoin, cette exploration est complétée par un cathétérisme des uretères. On reconnaît également les lésions concomitantes de la vessie : la présence des calculs libres ou enchatonnées, présence des polypes ou néoplasme. Cette exploration de l'intérieur de la vessie est singulièrement facilitée par les cystoscopies antérieures qui, comme nous l'avons vu, doivent toujours précéder une intervention pour fistule.

Passons maintenant à la cure proprement dite de la fistule.

Ch. Martin (1) observe avec raison, que la diversité des procédés employés par les différents chirurgiens est frappante. « Chacun des opérateurs l'exécute d'une façon particulière avec des matériaux variables ». Mais tous les procédés nous semblent pouvoir être groupés sous deux chefs principaux : 1° Procédé de l'avivement en entonnoir, ou imitation du procédé américain de Sims employé pour la voie vaginale. 2° Le dédoublement de deux tuniques (vaginale et vésicale) par un plan de clivage, après avivement des bords.

Cette dernière méthode est supérieure à l'avivement simple en entonnoir, conseillé par Teynac. Cet auteur croyait que le dédoublement de la cloison créait un espace virtuel entre les deux plans de clivage, et qu'alors cet espace est facilement envahi par l'urine qui fuse le long des fils de suture et empêche la réunion des deux sutures s'effectuer.

En réalité, il n'en est rien. Les avantages de la méthode de dédoublement peuvent être résumés ainsi :

1° Le dédoublement de la cloison permet un adossement large *des surfaces* et non des bords, comme dans l'avivement simple.

2° Il crée une plus grande mobilité des lèvres de la suture et évite un tiraillement de ces lèvres en sens inverse, ce qui est favorable à la réunion immédiate.

Généralement, le dédoublement ne présente pas de grosses difficultés. La muqueuse vésicale reste souvent relativement plus souple que la muqueuse vaginale. Elle

(1) Ch. Martin. Thèse de Paris 1897.

est plus ou moins mobile sur le plan résistant et induré formé par la muqueuse vaginale rigide et épaissie par du tissus inodulaire.

Le dédoublement doit se pratiquer suivant la façon de Duplay à l'aide d'un bistouri coudé sur le plat. Un bistouri ordinaire n'est pas commode.

On commence par exciser une mince collerette de tissu bordant la fistule, ensuite on sépare les deux tuniques par une dissection attentive sur une étendue de 1 centimètre 1/2 environ. Pendant toute cette manœuvre, *on doit bien faire attention à la zone des urétères*. Pour cela il est souvent utile d'introduire une sonde dans l'uretère qui indique la direction de ce conduit. Quand le méat uretéral se trouve trop près des bords de la fistule, on peut se trouver dans la nécessité de disséquer ce conduit et de créer une véritable *urétéro-néo-cystostomie*, comme il est arrivé de le faire à Trendelenbourg (obs. V) et aux Docteurs Rochet et Mullar (obs. XXI).

Citons maintenant les quelques cas spéciaux, qui se sont présentés et au cours desquels les chirurgiens ont adopté une technique un peu spéciale, qui sans être classique, leur était indiquée par les circonstances.

M. Rafin (obs. XIII) fait une incision libératrice ; il dissèque deux lambeaux de la muqueuse vésicale : l'un droit, l'autre gauche, et les affronte ensuite sur une étendue de 1 centimètre 1/2.

M. Chevassu (observation XII) se trouve en présence d'une petite fistule siégeant au fond d'une cavité hémisphérique à parois cicatricielles. M. Chevassu a recours

à la curette. A l'aide de cet instrument il avive les parois de la cavité. Pour les mettre en contact, des fils sont passés, qui cheminent tout le long des parois et sortent de part et d'autre au niveau des lèvres de la cavité. En nouant les fils on a obtenu un large adossement des surfaces cruentées. Un surjet au catgut fin enfouit le tout ; il en résulte une cicatrice transversale longue de 3 centimètres environ.

M. Segond (obs. XX), redoutant la présence des fils au contact de l'urine, et pour éviter la formation ultérieure des calculs, décolle la vessie jusqu'à la fistule et fait la suture de cette dernière par en dehors à l'aide de catgut fin. Les points de suture n'étaient pas perforants, ils ne comprenaient pas la muqueuse dans leur anse. Cette méthode rappelle celle qui a été pratiquée par Bardenheuer.

Quel est le matériel qu'on doit employer pour faire les sutures et comment les doit-on pratiquer ? En parcourant les observations nous voyons que chaque opérateur se servait d'un matériel différent et avait sa manière propre de passer les fils.

Trendelenbourg emploie le crin de Florence (obs. III). La malade a à peine le temps de quitter l'hôpital, que des phénomènes de cystite éclatent. On fait le diagnostic de la lithiase vésicale. Après l'ablation des calculs on constate qu'ils se sont développés sur les nœuds mêmes de crin de Florence, qui leur ont servi de noyau. Dans ses deux opérations suivantes Trendelenbourg fait

la suture vésicale au catgut ; il n'a aucun ennui postopératoire. Ses malades guérissent sans présenter la moindre trace de lithiase.

La soie et le catgut chromé ont le même inconvénient de provoquer la formation des calculs (obs. XIII). Seul le catgut ordinaire resorbable est bien toléré et ne provoque pas la formation de lithiase secondaire. Les sutures faites à l'aide du catgut sont en même temps suffisamment solides et n'ont point tendance à lâcher. La réunion se fait bien avant que la résorption soit complète.

Pour faire leurs sutures, les auteurs allemands employaient de longues aiguilles qu'ils passaient dans le vagin à travers la vessie. Ceci complique singulièrement l'opération. Il suffit d'avoir une aiguille à pédale *bien courbe* et la suture se fait tout entière par la face vésicale sans grande difficulté. Le doigt d'un aide placé dans le vagin et refoulant fortement la cloison vésico-vaginale, facilite singulièrement l'opération. Pour ne pas être blessé par l'aiguille du chirurgien, ce doigt est coiffé d'un dé métallique.

Comme il y a deux plans dédoublés, on suture le plan vaginal d'abord par des points à la Lambert, puis le plan vésical par des points perforants qui adossent largement et solidement les deux surfaces.

La muqueuse vésicale saigne un peu ; elle saigne beaucoup plus que la muqueuse vaginale. Un surjet d'enfouissement produit l'hémostase.

L'opération terminée on draine la vessie.

La question *du drainage* est une question de la plus haute importance. Un fait est discutable ; c'est la nécessité même de ce drainage ; Là dessus tout le monde est d'accord. Si on ne drainait pas la vessie, celle-ci se distendrait par l'urine, les sutures seraient relachées et l'urine pourrait fuser dans les différents plans des tissus, qui seraient dissocié et infiltré.

La question du drainage se ramène donc aux moyens qu'on emploie pour l'assurer. Deux méthodes ont été employées : la sonde à demeure et le drainage hypogastrique.

La sonde à demeure a l'avantage de permettre la fermeture totale et immédiate de la plaie vésicale, mais est-elle suffisante pour assurer un drainage parfait ?

Dans certains cas heureux elle peut l'être, mais elle se bouche facilement par des caillots sanguins surtout lorsqu'il s'agit d'une sonde de Pezzer. D'autre part, on a reproché à la sonde à demeure d'être une cause d'irritation locale de la vessie. En irritant la surface suturée, elle empêche la réunion à s'accomplir. Cette irritation provoque en outre une contracture sparmadique de la vessie qui constitue à son tour un obstacle à une bonne évolution de la cicatrisation.

Le drainage hypogastrique, empêche la fermeture complète et immédiate de la plaie, la guérison définitive se trouve retardée de ce fait. Il est en outre souvent la cause des éventrations ultérieures dont il est l'amorce. Cependant, il possède des avantages propres qui ne permettent pas de le rejetter.

Quelques chirurgiens emploient la méthode du drainage combiné. Surin conseille de mettre un drain en anse, qui passerait par l'urètre, traverserait la vessie et sortirait par la plaie hypogastrique.

M. Chevassu préfère employer une sonde à demeure combinée à l'usage des tubes de Guyon-Perrier. Il est préférable de se servir d'une sonde en gomme et pas d'une sonde de Pezzer qui se bouche facilement et à laquelle on reproche en outre de produire une forte irritation locale.

Pour que la sonde ne se déplace pas on la fixe au pansement. Bien entendu, cette sonde doit être bouillie soigneusement. Les tubes de Guyon-Perrier assurent le drainage hypogastrique. Toutes les 2 heures on fait un petit lavage qui a en outre l'avantage de renseigner sur le bon fonctionnement de la sonde et des tubes.

Ce double drainage permet de vider la vessie au fur et à mesure que des nouvelles quantités d'urine sont apportées par les uretères. Les sutures intra-vésicales restent constamment à sec et la vessie au repos.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont généralement simples, mais une surveillance extrême est nécessaire. La malade est mise en decubitus latéral. Cette position fait couler l'urine, qui pourrait s'accumuler, sur la partie latérale correspondante de la vessie, tandis que la partie moyenne de cet organe, où les fistules siègent généralement, reste sèche. Le fonctionnement de la sonde à demeure et des tubes de Guyon-

Perrier doit être constamment vérifié. Des lavages à l'eau bouillie tiède sont pratiqués toutes les deux ou trois heures. Quand les urines sont troubles et qu'il existe un peu de cystite, on peut joindre à l'eau bouillie un antiseptique léger, comme, par exemple, l'acide borique. Les lavages doivent être faits sous faible pression, afin de ne pas mettre la vessie en état de tension.

La sonde à demeure est changée tous les jours ; en ayant soin de la bouillir soigneusement, on évite l'infection par le cathétérisme.

Les soins de propreté s'adressent également au vagin ; on doit faire des petits lavages de cette cavité à l'eau bouillie tiède ou à l'eau boriquée. Ces lavages doivent être faits également sans pression.

La sonde à demeure est enlevée au bout d'une vingtaine de jours.

Indication du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie haute

Nous avons vu au début de ce travail que Trendelenbourg, en créant son opération, la proposait pour les cas où la fistule vésico-vaginale est inabordable par le vagin. Il nous semble que parmi les indications de la voie haute c'est la plus fréquente, mais non l'unique.

Les difficultés opératoires du côté du vagin se présentent dans plusieurs éventualités. Tantôt il s'agit d'un vagin étroit et alors l'opération par le vagin devient difficile, on ne voit pas ce qu'on fait, et on est forcé de faire mal. Cela augmente considérablement les chances d'insuccès, parce qu'une dissection soignée et une suture parfaite sont les seuls moyens de faire oblitérer une fistule et d'obtenir une réunion stable. Donc, vagin trop étroit, retréci par des formations cicatricielles — voilà la première indication de la voie haute.

Tantôt il s'agit d'un vagin dont les dimensions sont bien suffisantes pour permettre à l'intervention de se diriger de ce côté. Mais la largeur suffisante du vagin

n'est pas la seule condition nécessaire pour qu'une cure vaginale de la fistule soit possible. Au cours de l'opération, il faut abaisser fortement la fistule et pour que cette manœuvre soit réalisable il faut l'intervention de deux facteurs suivants :

1° La paroi vaginale doit être suffisamment mobile pour se laisser abaisser. Dans les observations XIV et XXIV nous avons vu que les adhérences formées par le tissu cicatriciel de la fistule avec le squelette de la ceinture pelvienne ont empêché cet abaissement. Or, ces adhérences ne peuvent pas être supprimées sans que la vessie soit ouverte. Il est donc beaucoup mieux de traiter ces fistules par la voie transvésicale.

2° Une cause assez fréquente des fistules vésico-vaginales, est une blessure de cette paroi au cours d'opération de l'hystérectomie vaginale.

C'est peut-être actuellement la cause la plus fréquente ; l'accouchement laborieux qui était auparavant une cause journalière de ces fistules l'est actuellement, avec le progrès de l'art obstétrical, presque une exception. Donc, dans de très nombreux cas de fistules vésico-vaginales, on se voit obligé d'intervenir dans un vagin dont le fond présente une cicatrice au lieu et place du col utérin. L'abaissement de la fistule devient difficile, presque impossible, car l'attache du col manque. Dans les mêmes circonstances un autre danger se présente encore : c'est l'ouverture de la cavité péritonéale qui peut se produire au cours de la manœuvre de l'avivement (c'est ce qui est arrivé à M. Duplay, obs. XI).

Voilà donc une seconde indication de la voie haute : c'est l'impossibilité d'abaisser la fistule ; que cette impossibilité tienne à l'adhérence de la fistule au squelette, ou à l'absence de l'attache du col.

Une fistule urinaire du vagin crée de l'infection vésicale ; l'urine devient rapidement alcaline et une précipitation des sels phosphatiques en est souvent la conséquence. La formation des calculs vésicaux chez des femmes atteintes d'une fistule urinaire n'est pas une rareté. D'autres lésions, comme polypes de la vessie, peuvent réclamer une intervention sur cet organe.

La présence des polypes de la vessie, la coexistence des calculs chez une fistuleuse sont autant d'indications de la voie haute. (Obs. XXIII).

Enfin, les échecs répétés d'une cure de la fistule, par la voie vaginale, ont suggéré à plusieurs auteurs l'idée d'emprunter la voie transvésicale. Dans certains cas en ouvrant la vessie ils se sont aperçu que la fistule siège à proximité des orifices urétéraux, que ce conduit était pris dans les sutures et oblitéré au cours des interventions par le vagin. Les auteurs ont conclus avec raison que c'était là la cause des insuccès précédents. Il y en a évidemment d'autres, qui nous échappent encore, mais qui certainement peuvent être écarté, quand on intervient par la vessie.

Il faut donc toujours se méfier du voisinage immédiat de la fistule avec les méats urétéraux, et c'est là le rôle important de l'exploration cystoscopique, comme nous l'avons déjà dit précédemment, de dévoiler la topogra-

phie exacte de la fistule et donner une précision sur ses rapports de voisinage.

L'échec des interventions précédentes par la voie vaginale, est la 4e indication de la voie haute. Dans cette rubrique nous faisons entrer les cas où les renseignements fournis par la cystoscopie, nous mettent en garde et nous indiquent que l'échec de la voie vaginale est probable.

Résultats opératoires obtenus par la cure des fistules vésico-vaginales par la voie haute

Nous publions 25 observations des opérations faites par la voie suspubienne pour guérir les fistules vésico-vaginales.

Sur ce total de 25 opérations 15 ont été couronnées d'un succès complet. C'est un chiffre de 60 o/o qui mérite d'être retenu. Sur les autres 10 opérations, 7 ont été suivies d'une guérison incomplète, mais tantôt l'état de la malade était notablement améliorée, tantôt la guérison complète était obtenue définitivement par une nouvelle intervention vaginale, qui était devenue facile grâce à la diminution notable de la fistule traitée par la voie hypogastrique. Dans certains cas, il suffisait même de faire quelques cautérisations sans opération proprement dite pour obtenir une guérison définitive.

Trois opérations seulement ont été suivies d'un échec complet. Deux de ces échecs ne sont que les deux premiers essais de Trendelenbourg sur lesquels nous ne possédons pas de renseignements détaillés, mais qui pro-

lablement, comme le croyait Trendelenbourg lui-même, sont imputables à une technique insuffisante.

Le troisième échec est celui de M. Chevassu (observ. XXIII). Il est dû à l'état particulièrement mauvais dans lequel se trouvait la vessie de la malade. Une infection de cet organe maintenue par la présence des calculs vésicaux produisait un état fongueux des tissus, qui se déchiraient sous l'aiguille de l'opérateur. Ceci a conduit l'intervention à l'insuccès. Une désinfection soigneuse et prolongée de la vessie pourrait sûrement l'éviter.

Cependant cette intervention n'a pas resté complètement inutile. Quoique la malade ne fût pas guérie, son état est devenue tellement supportable qu'elle ne songe pas pour le moment à une nouvelle intervention.

Les 15 guérisons dont nous avons parlé tout à l'heure n'ont pas été elles aussi sans complications. Disons tout de suite, que nous croyons pour l'avenir ces complications en grande partie évitables. Elles relèvent, en effet, plutôt d'une technique défectueuse ou d'un matériel de suture, qui ne convient pas à l'usage dont on en a fait, que de l'opération elle-même.

Deux opérations ont été suivies d'une lithiase vésicale (obs. III et XIII). Nous avons vu que cette lithiase secondaire *est due à l'emploi des fils non resorbables* pour la suture intravésicale.

Enfin, dans une observation (obs. IX), une fistule hypogastrique a persisté.

Nous sommes persuadé que la perfection de la technique opératoire, apportée journellement dans la cure

difficile des fistules vésico-vaginales par la voie trans-vésicale, modifiera favorablement cette statistique des succès opératoires, qui, même dans l'état des choses actuel, peut être considérée comme très satisfaisante. Et si on se rend compte que les succès, dans la plupart des cas, sont obtenus chez des femmes dont toute guérison par une opération vaginale n'était plus à espérer, on voit qu'il s'agit d'une méthode dont l'importance et le bénéfice pour les malades sont considérables.

Bien entendu, cette voie reste toujours une voie d'exception, qui ne doit être suivie que dans des circonstances bien définies ; une voie qui possède ses indications précises.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

WILLY MEYER. Arch fur Kliniche chirurgie à Langenbeck. 1884.

Fistule vesico-vaginale opérée par voie vésicale. Récidive. Colpocléisis.

Cath. B..., 30 ans, ouvrière, présente, à la suite d'un accouchement laborieux, une fistule vésico-vaginale très grande et adhérente par ses bords à la symphyse.

Le 12 mars 1881 dans la clinique de Rostock on ouvrit la vessie aussi largement que possible, au moyen de la taille hypogastrique, et la fistule fut avivée et suturée par cette voie.

Au bout d'un mois la fistule persiste.

Nécessairement on fit le colpocléisis.

OBSERVATION II

WILLY MEYER. 1884.

Fistule vesico-vaginale opérée par voie vésicale. Récidiée. Colpocléisis.

Gertrude S..., 40 ans, de Durrbach. Elle accouche pour la première fois le 19 octobre 1883. Pas d'intervention obstétri-

cale. Quelques jours après elle perd ses urines par le vagin.

Elle vient à l'hôpital le 9 février 1884. Au toucher vaginal, on sent une fistule transversale haut située pouvant admettre trois doigts. Cette fistule est très adhérente à la face postérieure de la symphyse pubienne. En raison du non abaissement de la fistule, le geheimrathe weit juge la suture impossible par voie vaginale.

10 février 1884. Intervention par voie vésicale. On met une éponge dans le vagin pour soulever le bas fond vésical.

On incise transversalement la paroi abdominale au dessus du pubis.

Après avoir élevé le bassin et écarté les deux lèvres de l'incision vésicale, on voit sur la paroi postérieure de la vessie, une perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs et s'étendant de chaque côté jusqu'aux orifices urétéraux.

On avive les bords de la fistule et l'on suture à la soie par points séparés. (15 points de suture).

Ces fils sont introduits, tantôt par la voie hypogastrique, tantôt par le vagin, à l'aide de longues aiguilles droites et courbes.

Cette partie de l'opération est faite en tenant le bassin fortement relevé. Puis, la malade est mise dans la position habituelle de la taille et le vagin est éclairé par devant, après l'application d'un grand speculum de Simon, l'intérieur de la vessie étant éclairé au moyen d'un réflecteur.

Le point de pénétration des sutures peut-être ainsi exactement contrôlé et corrigé par l'assistant qui se trouve devant la patiente. Il en est de même des sutures passées par le vagin.

L'intervention a duré une heure et demie.

La plaie abdominale est suturée en son milieu. On draine au caoutchouc de chaque côté.

Suites opératoires. — Pendant quinze jours la malade a de la fièvre et quelques troubles de l'état général. La peau est ictérique. Localement l'urine s'écoule par la plaie hypogastrique.

Le quatrième jour, une petite quantité d'urine s'écoule par le vagin.

Le quatorzième jour, on enlève les fils par le vagin.

L'urine s'écoule toujours par la plaie hypogastrique.

La cicatrisation complète de la plaie abdominale ne se fera que trois mois après.

10 Mai 1884. La malade perd de nouveau ses urines par le vagin. Au toucher il persiste une fistule d'une pièce de 50 centimes environ.

27 mai 1884. Deuxième intervention par voie vésicale. Cette intervention est nulle, car il est impossible de rapprocher les bords de la sistule. Ultérieurement colpocléisis.

OLSERVATION III

Trendelenbourg 1890

Fistule vésico-vaginale. Suture par la vessie, Guérison. Lithiase secondaire.

Femme de 44 ans, d'origine polonaise, envoyée par le Docteur Zumwikel, entre dans le service, pour incontinence d'urines, survenue après un accouchement remontant à une quinzaine d'années,

L'enfant (le cinquième) avait dû être extrait au forceps.

Au toucher vaginal. Sur la paroi antérieure du vagin, à droite de la ligne médiane, on sent une perte de substance, dont le grand axe est dirigé de droite à gauche et d'avant en arrière.

La longueur de cette perte de substance est celle d'un noyau de prune, il permet l'introduction de la pulpe de l'index dans la vessie.

La moitié droite du col manque, et le reste est profondément situé, si bien qu'il est impossible d'introduire une sonde dans le canal cervical, comme il est impossible également, par suite d'adhérences inflammatoires, d'abaisser l'utérus et d'amener en bas la partie supérieure de la fistule.

2 juillet 1881. Intervention par voie vésicale Anesthésie au chloroforme sans incidents. Le bassin est mis en position élevée. Une incision de 10 cent. est faite transversalement en suivant le bord supérieur de la symphyse.

Les muscles droits sont désinsérés, on ouvre l'espace prévésical, et on introduit un cathéter dans la vessie au-dessous du cul-de-sac péritonéal. La lèvre supérieure de la plaie vésicale est fixée à la lèvre correspondante de la plaie cutanée par quelques fils, qui, alourdis par des pinces, écartent les bords de la plaie en bas et latéralement. On voit alors entre les deux uretères plus près du droit que du gauche, la fistule vésicale et la partie supérieure, les bords de la fistule sont intimement unis au col. On peut introduire une sonde utérine qui se dirige en haut et à gauche.

Les bords de la fistule sont avivés, en enlevant une bande de muqueuse vésicale et cervicale. Cette bandelette de muqueuse vésicale a comme largeur un centimètre à gauche, à droite 5 ou 6 millim. seulement à cause de l'uretère. Six

points de crin de Florence sont placés sur la fistule avivée. Mais une difficulté se présente ici. Les orifices urétéraux sont presque confondus avec la plaie vésicale. Pour les éviter, on introduit, au préalable, une sonde dans chaque uretère. La consolidation des nœuds est aussi facile à faire que pour tout autre suture cutanée.

On enlève les sutures provisoires de la partie antérieure de la vessie, et on réunit la plaie vésicale par des points simples et une petite suture de Lambert. On laisse au milieu une petite ouverture par laquelle on introduit un drain vésical en forme de T. On lave la vessie au sublimé à 1/5000e.

On suture la peau en ménageant une ouverture pour le drain.

Le malade est couché dans le décubitus latéral.

Suites opératoires. — La température la plus élevée est de 38°4, l'urine est un peu trouble. Dix-huit jours après l'opération, on enlève le drain vésical.

Trois semaines après, il ne s'écoule plus d'urine par la fistule, et l'urine peut être retenue une demi heure.

Quatre semaines après, la malade retient ses urines pendant une heure. Au bout de sept semaines, la plaie hypogastrique est cicatrisée et les urines peuvent être retenues pendant deux à trois heures.

Après qu'elle a quitté la clinique, la malade souffre beaucoup. M. le Docteur Zumwinckel lui dilate l'urètre et fait l'extraction de quelques concrétions qui s'étaient déposées sur les nœuds de sutures intra-vésicaux faites au crains de Florence. Cette suture a toujours bien tenu et la continence est parfaite.

OBSERVATION IV

Trendelenbourg 1889

Fistule vésico-vaginale. Suture par voie vésicale, Guérison

Femme F..., 35 ans, a eu sa première couche il y a deux ans, l'enfant mourut à son huitième jour. Il y a huit semaines deuxième accouchement qui dura quinze heures, on appliqua le forceps, on put extraire un enfant mort. Depuis cette époque l'urine s'écoule sans cesse par le vagin.

A l'examen. On trouve encore haut sur la paroi antérieure du vagin, un orifice ovale, transversalement placé, de la grosseur d'un pois et entouré de tissu cicatriciel ; les bords sont déchirés, une partie en est libre, mais *le reste est fixé au bassin*, empêchant d'abaisser l'utérus. Il est impossible d'aborder la fistule par le vagin.

Opération. — Le 13 décembre 1889. La patiente est mise en position déclive. Incision transversale de dix centimètres au-dessus de la symphyse, à travers la peau, les aponévroses et les droits.

Incision transversale de la vessie un peu au dessous du cul de sac péritonéal, allongement de l'incision vers la gauche pour mieux libérer la fistule placée elle même à gauche de la ligne médiane,

Le bord supérieur de la plaie vésicale est suturé provisoirement au bord supérieur de la paroi abdominale, les parties latérales de la vessie sont fixées en dehors par des fils qu'on y a placés. Pour s'orienter, un cathéter est placé dans l'urèthre et une fine sonde dans chaque uretère. Il apparaît que la

fistule est placée entre l'embouchure des deux uretères et un peu à gauche de la ligne médiane. La fistule est circonscrite par deux lignes courbes et avivée en entonnoir aussi largement que possible ; à gauche, l'avinement va jusqu'à l'embouchure de l'uretère. Pour la réunion linéaire de la surface avivée, suivant la ligne interuretérale, des fils de soie sont placés de telle manière que les nœuds viennent se placer dans le vagin. les deux extrémités du fil sont placées dans deux aiguilles plates que l'on plante au bord de la surface avivée et qui sont prises dans le vagin. Un deuxième plan de 6 catguts fins est lié dans la vessie.

La vessie est alors nettoyée avec une solution de sublimé et fermée par une double rangée des catguts à la Lambert, un petit orifice est laissé pour le drain en T.

Après avoir placé deux petites compresses de gaze iodoformée dans l'espace prévésicale, la paroi abdominale est refermée à la soie, laissant trois ouvertures l'une pour le drain vésical, les deux autres dans les coins pour les tampons. La patiente est placée sur le côté et entourée de coussins pour la maintenir dans cette position.

La guérison survient très simplement après la suppression du drain et de la suture, qui était dans le vagin, une partie de l'urine s'écoule par l'urètre, le reste par la fistule hypogastrique. Le 4 janvier, après une exploration du vagin au speculum, il coula, au voisinage de l'ancienne fistule, quelques gouttes d'urines, par l'orifice d'un point de suture, mais cette fistule se ferme d'elle-même et, le 12 janvier, la patiente pouvait être considérée comme entièrement guérie : elle était alors en état de garder son urine pendant 3 heures.

Six mois après, cette femme revint avec une éventration de la grosseur d'une pomme, au niveau de la cicatrice abdomi-

nale. Cette hernie était réductible. On ordonna un bandage muni d'une volumineuse pelote maintenant bien la paroi. Par des troubles vésicaux. Les fonctions de la vessie sont absolument normales.

OBSERVATION V

TRENDELENBOURG 1892.

Fistule vesico-utero-vaginale. Intervention par voie transvésicale. Guérison

Femme E..., de 32 ans, a eu il y a 5 ans, un accouchement qui a duré environ huit jours ; enfin un enfant mort fut extrait au forceps. Depuis, toutes les urines passent dans le vagin.

La patiente est une femme petite, mais vigoureuse et un peu corpulente, elle a un bassin retréci rachitique. L'urine coule incessamment par le vagin, la vessie est toujours vide. Le vagin est court, sa moitié gauche manque, le reste est solidement fixé au bassin par des masses cicatricielles. L'abaissement de l'utérus est absolument impossible. La partie droite du vagin se retrécie vers le haut en un canal admettant à peine l'extrémité de l'index ; à l'extrémité de ce canal et très haut est une ouverture fistuleuse de la grosseur d'une lentille. Une sonde guidée par le doigt pénètre dans la vessie. Le trajet de la fistule, presque impossible à voir, et absolument inabordable par le vagin.

Opération, 20 juillet 1892. — Le long du bord supérieur de la symphyse, incision transversale dont la longueur, à cause

de l'épaisseur de la paroi, est d'environ 15 centimètres.

On pratique alors au niveau du bord supérieur du pubis, et dans toute l'étendue de l'insertion des droits qu'on a auparavant écartés, une resection à la gouge d'une bande d'os d'un centimètre opération de Braman). La bandelette osseuse avec l'aponévrose et le droit qui y adhère est relevée vigoureusement avec les doigts et un élévateur. On atteint l'espace prévésicale. La malade est en position inclinée et c'est avec peine qu'on arrive à dénuder sa paroi vésicale pour l'inciser transversalement. La section part à un centimètre de l'orifice vesical de l'urètre et comprend à peu près la moitié de l'étendue transversale de la vessie. On n'arrive à bien voir la fistule qu'après un allongement de l'incision vésicale à droite et en haut. Grâce aux tractions excentriques avec des crochets, l'ouverture vésicale est encore agrandie au point de comprendre deux tiers de la vessie. La paroi supérieure de la plaie vésicale est provisoirement fixée au bord supérieur de la plaie abdominale.

Pour se repérer on cherche immédiatement l'embouchure de l'uretère gauche, on l'a reconnaît à l'issue de l'urine par pression sur le ventre. L'embouchure de l'uretère droit, par lequel aucune urine ne sort, se trouve seulement après d'assez longues recherches à la place symétrique de l'uretère gauche. La fistule est placée à environ 1 centimètre 1/2 en haut et en dehors de l'orifice urétero-vésical droit. Lorsque on conduit une fine sonde dans l'embouchure de l'uretère droit, on voit apparaître la pointe de cette sonde dans la fistule et après quelques recherches elle peut même pénétrer au niveau du bord supérieur de la fistule dans l'autre bout de l'uretère.

La participation de l'uretère à la fistule est donc indiscutable, il n'y a pas seulement une fistule vésicale, mais une fis-

tule urétérale. Il faut donc fermer la fistule en même temps que laisser imperméable l'orifice urétérale. Pour ce faire, un morceau d'uretère, longue d'environ de 3 4 de centimètre, est soulevé par une sonde fine sur laquelle on le dissèque, il pend ensuite dans la vessie comme un petit appendice. La fistule est alors limitée par des incisions courbes, avivement en entonnoir, puis suture de la vessie par cinq ou six catguts. Pour maintenir plus surement ouvert l'orifice urétérale, une sonde fine est introduite à quelques centimètres dans l'uretère, son autre extrémité ressort par l'urètre. Un catgut la fixe à l'orifice interne de l'urètre.

La plaie vésicale est alors fermée par une suture à la Lambert. Un drain ordinaire est mis dans la vessie, il est maintenu haut par un catgut. Enfin, les fragments osseux résultant de la bandelette osseuse qui s'était fracturée, sont replacés grâce à des sutures perforantes. Entre les droits écartés, on a auparavant créé la voie que suivra le tube de drainage. De chaque côté des droits, des minces bandes de gaze iodoformée sont disposées dans l'espace prevesical : le reste de la paroi est fermé et la gaze sort aux extrémités de la ligne de suture.

L'opération très pénible à cause de l'épaisseur de la couche de graisse et de la situation de la fistule, dura en tout cinq heures. Avec de courtes intermittences, la patiente resta tout le temps en position inclinée sur la chaise d'opération de Trendelenbourg.

La narcose fut presque entièrement pratiquée à l'éther, c'est seulement au moment où le réveil allait se produire qu'on a donné quelques bouffées de chloroforme.

Le premier soir et les jours suivants la malade fut abattue.

L'urine sortant par le drain, auquel on avait fixé un tube de

caoutchouc s'écoula dans un bocal placé à côté du lit, si bien que la patiente couchée sur le côté et principalement sur le côté gauche, resta complètement au sec, Par en haut et par en bas, la vessie fut lavée avec de grandes précautions et sous une faible pression. Au troisième jour le tube était tombé de la vessie, il put être remis sans effort et on vida la vessie de 50 centimètres cubes d'urines qui s'étaient accumulées dans la vessie sans s'écouler dans le vagin. Le neuvième jour la sonde uretérale fut retirée ramollie. Le tube de drainage fut laissé 24 jours dans la vessie ; par ce drain on put laver la vessie toutes les 2 heures à l'eau bouillie, et une fois par jour au nitrate d'argent au 1/1000me, car l'urine était devenue trouble. L'urine est recueillie dans un récipient où conduisait le tube à drainage.

C'est seulement lorsque le tube venait de se boucher que l'urine s'écoulait par la plaie hypogastrique. Après la suppression du drainage la vessie fut, à des courts intervalles, vidée par le cathétérisme.

La patiente ne pouvait pas encore vider volontairement sa vessie, et lorsqu'elle faisait des gros efforts, une partie de l'urine passait par l'orifice de la cystostomie. Pendant la nuit on plaça une sonde par l'urètre et la patiente put retenir jusqu'à 120 cc. d'urine et les évacuait spontanément.

La paroi abdominale présentait plusieurs fistules suppurant passablement. Pour enlever les sutures osseuses, la patiente fut endormie au chloroforme et on trouva que le fragment osseux reséqué était nécrosé et cause des fistules. Après ablation de ces morceaux d'os et de fils de suture, la plaie guérit peu à peu, et le 11 mars, sept semaines après l'opération, la patiente pouvait être considérée comme guérie.

La vessie se vidait d'un jet vigoureux toutes les trois ou

quatre heures. Urine acide et absolument claire. La paroi abdominale était fermée sauf en deux points de la grosseur d'un haricot, où les tissus bourgeonnaient activement.

OBSERVATION VI

Mac Gill. 1890.

Fistule vésico-vaginale siégeant en avant de l'orifice du col utérin. Suture par voie vésicale. Guérison.

E..., 17 ans, entre dans le Leeds Infirmary, service du docteur Braithwait, le 23 novembre 1889.

On la fait passer dans le service du docteur Mac Gill le 3 janvier 1890 ; elle a été accouchée au forceps après 48 heures de travail. Depuis, elle perd ses urines par le vagin.

Au toucher vaginal, en avant du col utérin, on sent une fistule vésico-vaginale admettant l'index. Le périnée est déchiré jusqu'à l'anus.

11 janvier 1890. Intervention par voie vésicale. On incise transversalement la paroi abdominale.

La vessie découverte et dénudée, on l'incise transversalement et on fixe la lèvre inférieure à la paroi abdominale par trois fils de soie. Une spatule introduite dans le vagin soulève le bas fond vésical.

On éclaire la vessie. La fistule est facilement découverte. On avive le bord et on fait deux plans de suture. Un plan vaginal à la soie fine et un plan vésical au catgut chromé. On ferme la vessie et la plaie suspubienne. Un drain est introduit dans la vessie.

Suites opératoires. — Au cinquième jour, le drain vésical est enlevé.

Au huitième jour l'urine s'écoule par l'urètre. Au quinzième jour, les sutures vaginales sont enlevées. Au trentième jour, la plaie suspubienne est cicatrisée.

13 février. — La malade urine normalement.

OBSERVATION VII

(Bardenheuer 1891)

Très large fistule vésico vaginale adhérente au petit bassin. Opération par la voie vésicale. Avivement. Suture. Guérison.

OBSERVATION VIII

Bardenheuer 1891

Large fistule vésico-vaginale. Adhérences étendues avec la paroi du bassin. Intervention vaginale. Insuccès. Fistule considérablement agrandie (la main pouvait passer dans la vessie). Opération par la voie vésicale. Guérison après quatres semaines.

OBSERVATION IX

Baumme 1889

Fistule vésico-vaginale. Une tentative de suture par voie vaginale. Insuccès. Intervention par voie vésicale. Guérison avec persistance d'une fistule hypogastrique.

Mme X..., journalière, multipare, fut prise d'incontinence d'urine au mois d'août 1889.

Trois semaines auparavant, elle avait eu un accouchement très pénible, quatorze jours après avoir perdu les eaux. L'enfant mort se présenta par la tête.

Cette femme fut atteinte d'infection puerpérale grave avec température moyenne 40°. Les urines ammoniacales s'écoulaient par le vagin, et les dernières émises contenaient des petites masses grisâtres.

Au toucher vaginal. Le doigt rencontrait deux orifices, l'un central par lequel l'extrémité du doigt pénétrait dans la cavité de l'utérus, l'autre situé en avant et à droite, derrière une bride large d'un demi centimètre, de la grandeur d'un mark, et donnant accès dans la vessie. Les bords de ces deux trous étaient formés de lambeaux déchiquetés, nécrosés. Le bassin de cette femme était fortement aplati. Il s'agissait évidemment d'une fistule vésico-cervico-vaginale, dans laquelle toute la portion vaginale était détruite et les parties molles environnantes endommagées.

Le 26 février elle rentrait dans mon service.

Quelques jours après la fièvre cessa, mais la malade était faible et mourante, toute l'urine passait par le vagin.

Au toucher vaginal. — Le vagin offre l'aspect d'un large doigt de gant, ayant deux ouvertures au sommet. A travers le plus petit orifice on peut introduire une courte tige dans le col de l'utérus. La fistule vésicale permet l'introduction de l'index. La muqueuse de la vessie fait hernie entre les lèvres de la fistule. Les parois du vagin étant en grande partie formées du tissu cicatriciel très adhérent aux plans sous-jacents, toute tentative faite pour attirer l'utérus et la fistule en bas n'amène que des déchirures de ce tissu cicatriciel. Il fallait opérer cependant à la partie supérieure de cette fistule. Quel chemin prendre ?

La voie nouvellement tracée par Trendelenbourg semblait s'offrir comme la meilleure. L'état de la malade très affaiblie n'était pas à négliger.

Sans doute le vagin est court, l'entrée est large et il ne paraît pas impossible de recourir à cette voie.

On saisit donc la fistule par le vagin, mais il advint que les difficultés opératoires étaient plus grandes qu'on ne l'appréciait. Il s'en suivit que les résultats de l'opération furent mauvais et on résolut de faire une nouvelle opération d'après la méthode de Trendelenbourg.

17 février 1889. Intervention par voie vericale. On prépare comme pour une laparatomié ; la malade est mise dans la position de Trendelenbourg.

On sectionne transversalement la paroi abdominale dans une étendue de huit à dix centimètres. Au fond de l'espace prevesical, on rencontre et sectionne la paroi vésicale antérieure sur une étendue de 6 centimètres environ.

Les bords de la plaie vésicale sont fixés aux bords de la plaie hypogastrique par des fils de soie.

On peut voir ainsi très facilement le bas-fond vésical.

La fistule et l'orifice uretéral droit étaient visibles ; quant à l'orifice uretéral gauche, on dut le rechercher au moyen d'une sonde. Il était caché et recouvert par la cicatrice résultant de la première opération. Il y avait encore dans cette petite cicatrice une fiscule vésico-vaginale.

En somme, il existait, comme la première fois, deux fistules placées dans l'espace interurétéral.

On fait une large incision, en entonnoir, circonscrivant les deux fistules ; grâce au bon éclairage du champ opératoire cet avivement fut assez facile.

Cette incision était large de 2 centimètres, un peu rétrécie

cependant au niveau des abouchements urctéraux.

Un aide repoussait par le vagin les portions qu'il fallait aviver.

L'orifice urctéral gauche, qui était difficile à voir, fut indiqué par une sonde introduite dans son trajet.

La plaie fut réunie avec des fils de soie noués dans le vagin.

Dans ce but, les fils étaient munis à leurs deux extrémités d'une aiguille, et ces aiguilles étaient passées ensuite de la vessie vers le vagin, où elles étaient saisies par la main gauche de l'opérateur.

La suture fut faite, lorsque les huit points eurent été placés par le miroir de Simon.

Deux points de suture furent mis en dehors, à droite et à gauche, pour renforcer les autres sutures au cas de tiraillement trop considérable. L'incision vésicale fut réunie par une double rangée de sutures, en laissant une ouverture centrale destinée au passage d'un drain en T. La première rangée de sutures à la soie comprenait toute l'épaisseur de la paroi vésicale. La deuxième rangée à la soie aussi, fut placée, d'après la méthode de Lambert, en recouvrant complètement la première. La vessie fut lavée par le drain avec une solution de sublimé faible, jusqu'à ce que le liquide ressortit limpide. Et quand on fut convaincu, au moyen de pression, qu'aucun liquide ne passait à travers les points de suture, la paroi abdominale fut réunie à droite et à gauche du drain par des sutures profondes à la soie. On laisse une ouverture large comme le doigt, par laquelle l'espace prevesical fut tamponné à la gaze iodoformée.

On mit aussi dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Les premiers jours la malade souffre beaucoup, on lui fait des piqûres à la morphine.

La température du troisième au sixième jour s'éleva à 38°9. L'urine qui s'écoulait par le drain, était recueillie dans un urinal.

La plaie abdominale ne fut pas aussi lisse que Trendelenbourg le rapporte dans ses observations.

Malgré les fortes sutures passées à travers toute l'épaisseur de la paroi et malgré leur éloignement des bords de la plaie. le plus grand nombre d'entre elles avaient manqué trois jours après l'opération.

La rétraction des muscles droits était considérable. La plaie abdominale baillait dans toute son étendue.

Elle se remplit de granulations et se ferma lentement. Du côté de la vessie, rien d'anormal ; à peine quelques douleurs et un peu de ténesme.

L'urine sanglante au début, devint claire et de reaction acide ; à partir du troisième jour, sa réaction devint alcaline.

Le septième jour, une partie de l'urine passa par le vagin. On ne sentait pourtant pas de fistule.

Après avoir examiné et écarté les sutures profondes, on s'aperçut, au onzième jour, que l'urine passait à travers trois pertuis, restés ouverts quinze jours après l'opération : l'état était pire qu'auparavant. La femme avait une grande plaie abdominale et l'urine s'échappait en haut et en bas.

Trois semaines après la malade se leva.

L'espoir d'une guérison spontanée de ces fistules vaginales n'étant plus à chercher, on se mit à les cautériser avec du nitrate d'argent ; deux d'entre elles guérirent d'abord, cinq semaines après l'opération.

La troisième étant rebelle à ce genre de traitement, six semaines après l'opération, on l'aviva par le vagin et on la sutura par trois points à la soie.

L'urine s'écoulait toujours par l'hypogastre.

De cette façon, la fistule vaginale guérit enfin.

La fistule hypogastrique persistait avec ses caractères. Neuf semaines après l'opération, la plaie abdominale était encore si large qu'il restait une surface grosse comme une fève, granuleuse, au milieu de laquelle était une ouverture, qui conduisait dans la vessie.

La fistule qui semblait ne pas vouloir se fermer d'elle-même, fut taillée, avivée en forme d'entonnoir et suturée.

La guérison ne vint pas ; pour la deuxième fois la malade fut opérée. On tailla un lambeau en forme de tranche de melon, et on sutura les bords de la plaie ; mais cette fois encore insuccès.

La malade quitta l'Institut avec sa fistule hypogastrique. Au moyen d'un bandage compressif, et grâce à l'écoulement habituel et fréquent des urines par l'urètre, la situation est tolérable.

OBSERVATION X

Poussox 1894

Fistule urétro-vesico-vaginale chez une fillette de 5 ans. Suture par voie vesicale. Guérison de la fistule vesico-vaginale, avec persistance de la fistule urétro-vaginale.

M..., 6 ans, de chétive apparence. Il y a deux ans, le docteur Piéchaud l'a opérée d'un calcul qui, après avoir ulcéré la paroi vésico-vaginale, faisait saillie dans le vagin.

Depuis, elle perd ses urines par le vagin,

On lui a fait subir deux tentatives de sutures par la voie vaginale. Il n'y a pas eu de résultats appréciables.

Elle entre pour la première fois dans le service de clinique chirurgicale, en septembre 1892.

Elle est pâle, amaigrie, peu développée pour son âge.

Elle reste toute ses journées assise sur une chaise.

Elle est triste et la faiblesse de son intelligence tient à son isolement.

A l'examen, on constate un gonflement œdémateux des grandes lèvres qui forment deux bourrelets saillants, fermant la vulve. Les téguments qui recouvrent les grandes lèvres, sont sains, au moins dans la partie que l'on voit sans les écarter ; mais, au niveau de la commissure inférieure, l'écoulement incessant de l'urine a déterminé des ulcérations se prolongeant sur le périnée, qu'ils ravinent profondément.

De la fourchette à l'anus s'étend un sillon ulcéré profond, à bords taillés à pic et recouverts d'un enduit muqueux, imprégné de sels calcaires.

L'écartement des grandes lèvres montre leur face interne et toute la vulve tapissées d'une couche muco-purulente, grisâtre, infiltrées des sels phosphatiques.

Au toucher vaginal, l'orifice mettant en communication le vagin et la vessie, admet l'extrémité du petit doigt, qui pénètre dans la vessie, et est senti à travers l'hypogastre. En arrière de l'angle postérieur de la fistule il existe un éperon d'un centimètre de longueur, séparant cet angle du fond du vagin.

Le vagin, malgré deux interventions antérieures pour suturer la fistule, n'a guère qu'un diamètre de 2 cent. 1/2. On ne voit que très imparfaitement la fistule, mais en examinant le vestibule, on constate *de visu* que la paroi inférieure de

l'urètre est détruite et qu'une fissure urétro-vaginale fait suite à la fistule vésico-vaginale. Les tentatives de suture, ayant échoué deux fois entre les mains du docteur Péchaud, en raison d'autre part de l'étroitesse du vagin, on se décide à intervenir par voie vésicale.

27 septembre 1892. *Intervention par voie vésicale.* Anesthésie au chloroforme sans incident.

On désinfecte soigneusement le vagin, la vulve et l'hypogastre. La paroi abdominale est incisée longitudinalement.

On incise la vessie, l'incision est de 4 centimètres. On passe un fil de soie sur les lèvres de l'incision vésicale et un aide les tient écartées. Avec un bistouri boutonné, on avive les bords de la fistule et on procède à la suture aux fils de soie.

Les fils de soie sont passés à travers les lèvres de l'avivement vésical, jusque dans le vagin et sont noués dans la vessie. On refait le plancher de l'urètre. Une sonde à demeure est mise dans le canal, et les tubes de Guyon-Perrier sont introduits dans l'hypogastre.

Suites opératoires. Pendant trois jours après l'opération, la température est de 38°.

Au neuvième jour, la sonde et les tubes de Guyon-Perrier sont enlevés.

Pendant quelques jours l'urine s'écoule par l'urètre et par l'hypogastre.

Quinze jours après la suture uretro-vaginale a cédé, mais la fistule vesico-vaginale est guérie.

OBSERVATION XI

M. Simon Duplay

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie. Intervention vaginale. Ouverture du péritoine. Insuccès. Opération transvésicale. Guérison.

Femme de 31 ans, domestique. Réglée à 13 ans, elle a eu 3 grossesses menées jusqu'à terme et dont la dernière, il y a 4 ans, s'est terminée par un accouchement long et laborieux, qui a été le point de départ d'accidents divers : prolapsus léger, metrosalpingite, peri-métrite et peri-salpingite.

Entrée à l'hôpital Beaujon au mois de décembre de l'année dernière, la malade fut opérée d'hystérectomie vaginale, au cours de laquelle il y eut blessure de la vessie, suivie de la production d'une fistule vésico-vaginale.

La malade quitta l'hôpital le 15 février dernier, pour entrer, le même jour, dans mon service, à l'Hôtel-Dieu. Elle perdait involontairement toutes ses urines par le vagin ; cependant dans certaines positions, il arrivait parfois, qu'une petite quantité d'urine s'accumulait dans la vessie et était rendue miction volontaire.

L'examen au speculum me permit de constater l'existence d'une ouverture fistuleuse, occupant la partie la plus élevée de la paroi vésico-vaginale, située transversalement et mesurant environ deux centimètres et demi et un demi à un centimètre dans le sens antéro-postérieur. L'orifice de la communication avec la vessie était placé au fond d'un infundibulum

assez profond, mais on parvenait sans trop de difficulté à le mettre à découvert.

Quoique l'accès de cette fistule ne fut pas très aisé, il me paraît néanmoins qu'il serait possible d'en pratiquer l'avivement et la suture par le vagin.

A la fin du mois de mars je procédais à l'opération ; j'éprouvais à la vérité quelques appréhensions relativement au danger possible de l'avivement des bords de la fistule correspondant au cul-de-sac vaginal, et *j'avais lieu de craindre qu'à ce niveau, l'utérus manquant, la paroi vaginale ne fut très mince et très voisine du péritoine* Je commençai l'avivement de ce côté, mais quoique procédant avec les plus grandes précautions et cherchant un avivement aussi superficiel que possible, j'avais à peine donné quelques coups de bistouri, que je vis un petit peloton graisseux faire hernie dans le vagin. Soupçonnant que c'était une frange épiploïque, je repoussais ce peloton graisseux et immédiatement, à sa place, vint faire saillie une petite portion d'intestin, facile à reconnaître à sa coloration. En repoussant l'intestin avec un stylet, je constatai que, comme je l'avais craint, *le fond du vagin* n'avait guère plus d'un millimètre d'épaisseur.

Renonçant à poursuivre l'opération, je fermai la petite perforation avec deux points de suture ; je nettoyai et désinfectai avec soin le vagin, qui fut tamponné à la gaze iodoformée. Sonde à demeure dans la vessie. Aucune suite fâcheuse, mais la fistule persistait dans le même état.

Abandonnant l'idée de traiter celle-ci par l'avivement et la suture, je fis plusieurs tentatives pour obtenir par la cautérisation, soit au termo, soit au galvanocautère, soit avec les acides, une surface granuleuse que j'aurais ensuite réunie

par quelques points de suture. Mais rendu timide par la connaissance de l'extrême minceur de la paroi vaginale, je ne pus jamais produire des escarres suffisantes pour fournir une plaie susceptible d'être réunie par la seconde intention. C'est alors que je me décidai à pratiquer la suture intravésicale de la fistule après cystostomie sus-pubienne.

Opération pratiquée le 15 juillet avec le concours de M. Clado.

Après les précautions d'usage : bain, purgatif, antisepsie de la région abdominale, de la vulve et du vagin, la malade étant soumise aux inhalations d'éther, est placée en position de Trendelenbourg ; on commence par laver la vessie avec de l'eau boriquée, puis on garnit le vagin de gaze iodoformée, enfin on place dans le rectum le ballon de Petersen, qui est distendu modérément. La vessie reste à peu près vide, et ne renferme qu'une très petite quantité de liquide.

Incision médiane, immédiatement au dessus du pubis de 10 à 12 centimètres.

On arrive sans difficulté sur la vessie, que l'on ponctionne d'abord, puis on agrandit l'incision et l'on place de chaque côté, à travers toute l'épaisseur de la paroi vésicale, trois fils suspenseurs.

L'incision vésicale ne mesure guère moins de 10 centimètres. On découvre aussitôt et avec la plus grande facilité la fistule placée transversalement au niveau du bas fond de la vessie, de forme ovalaire, présentant environ 2 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre, et 1 centimètre dans le diamètre antero-postérieur. Elle est située au fond d'un infudibulum peu profond, ses bords sont minces, violacés.

A l'aide d'une longue pince à dents de souris et d'un bistouri courbé sur le plat, on procède peu à peu au décollement

de la muqueuse vésicale, que l'on sépare de la paroi vaginale. Ce décollement circulaire, qui a pour effet de dédoubler le pourtour de la fistule, est fait largement dans une étendue d'au moins un centimètre, sans qu'il y ait d'écoulement de sang notable.

Ce premier temps opéré, il ne reste plus, avant de procéder à la suture, qu'à aviver légèrement les bords de la bande annulaire résultant du décollement. Cet avivement se fait avec des ciseaux courbés et se borne à l'excision d'une petite étendue du bord libre de la muqueuse décollée, n'excédant pas 2 millimètres.

La suture comprend deux plans : l'un portant sur la paroi vaginale, l'autre sur la paroi vésicale. La première devant rester extravesicale, est faite avec la soie et à l'aide d'une aiguille courbe ordinaire. On place ainsi dans le sens antéro-postérieur trois points de suture qu'une fois serrés, ferment déjà très hermétiquement la fistule du côté du vagin.

Pour la suture de la muqueuse vésicale, on se sert du catgut moyen, que l'on passe avec l'aiguille de Reverdin courbe. Trois fils sont placés d'avant en arrière, comme les fils de la suture profonde.

Lorsque cette suture est achevée, la fistule se trouve exactement fermée du côté du vagin et du côté de la vessie, où elle apparaît maintenant sous l'aspect d'une ligne transversale dont les bords sont exactement rapprochés et forment une légère saillie sous forme de crête.

Ce temps capital de l'opération étant achevé, on procède à la réunion de la plaie vésicale hypogastrique et de la plaie abdominale.

Deux plans de suture réunissent la plaie vésicale : l'un sur la muqueuse, l'autre sur la musculeuse ; tous les deux au catgut.

Pour la plaie de la paroi abdominale on réunit d'abord par un surjet au catgut le tissu cellulo-adipeux prévésical et les couches musculaires profondes, puis, par des points séparés au fil d'argent, les muscles et la peau. Un petit drain est placé à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate, légèrement compressif.

Mèche de gaze iodoformée dans le vagin. Sonde de Sims à demeure.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 38 degrés. La malade a peu souffert. Le petit drain laissé à l'angle inférieur de la plaie abdominale a été enlevé le troisième jour.

La gaze qui remplissait le vagin, extraite avec précaution le quatrième jour, n'était pas souillée d'urine et a été renouvelée. Les fils d'argent ont été enlevés le neuvième jour ; la plaie était réunie, sauf au niveau du drain ainsi que nous le dirons.

La sonde de Sims a été assez mal supportée, mais cependant on a pu la conserver jusqu'au quinzième jour.

Aucun écoulement d'urine par le vagin depuis l'opération. La malade, qui éprouva d'abord des besoins très fréquents, arrive peu à peu aux conditions de la miction normale.

Nous devons seulement mentionner l'incident suivant : le trajet du drain placé à l'angle intérieur de la plaie abdominale, qui ne s'était pas cicatrisé, après avoir donné issue pendant quelques jours à un liquide muco-purulent assez abondant, a laissé écouler vers le quatrième jour, une petite quantité d'urine. Mais cette fistule vésico-hypogastrique s'est rapidement fermée et le 9 août, c'est-à-dire moins d'un mois après l'opération, la malade quittait mon service entièrement guérie et conservant à peine un peu de ténesme vésical.

Nous avons reçu de ses nouvelles encore tout récemment, et la guérison ne s'est pas démentie. La santé générale, qui laissait beaucoup à désirer, est aussi devenue excellente.

OBSERVATION XII

Léopold 1893

Fistule vésico-vaginale haut placée. Carie osseuse du pubis. Opération par voie vésicale-guérison.

A. S.... âgée de 27 ans, fut admise à l'hôpital le 15 juin 1892. Rachitisme à l'âge de 3 ans. Chlorose. Réglée pour la première fois à 16 ans, réglée toutes les 3 semaines.

Le 24 avril 1892, mit au monde un enfant bien développé, après 4 jours de travail. L'enfant est né mort. Le neuvième jour après l'accouchement, comme elle se levait, elle s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin.

Elle se plaint maintenant de ne pouvoir maintenir ses urines quand elle est couchée. Dans la station assise la chose est possible dans une certaine mesure. Il y a aussi un écoulement muco-purulent par le vagin. L'état général est bon.

A l'examen on constate que le vagin contient une quantité d'urine semblant provenir d'une espèce de fente mettant en communication la vessie et le col et située à la partie supérieure et à droite de la paroi antérieure du vagin. L'urètre est normal, l'urine retirée par le cathétérisme est nuageuse, ne contient pas d'albumine et laisse un sédiment où l'examen microscopique montre l'épithelium polygonal de la vessie.

Dans l'examen sous chloroforme, fait deux jours plus tard,

le 17 juin, on trouve que la paroi antérieure du col a presque disparu du côté droit et présente à cette place une dépression en entonnoir. Toutes les tentatives opérées pour ramener le col dans le champ de la vision furent inutiles ; ce qui restait de la paroi antérieure et du tissu adjacent était soudé à la cavité pelvienne par des adhérences inflammatoires. Une sonde courbée fut alors introduite dans l'urètre passée à travers la vessie et le col pour ressortir dans le vagin, établissant ainsi le diagnostic d'une fistule vésico-cervicale. De plus, il fut décidé à ce moment étant donné l'impossibilité d'opérer par le vagin, en raison des adhérences anciennes et étendues, de pratiquer une « section », qui fut faite cinq jours plus tard.

Opération. — Le 22 juin la patiente fut éthérisée, et après un lavage soigné des parties génitales externes et du vagin, avec une solution de sublimé au 1/1000, elle fut placée dans la position de Trendelenbourg. Le professeur Léopold, avec l'assistance du Docteur Goldberg, fit une incision parallèle à la symphyse pubienne, longue de dix centimètres et une deuxième incision faisant avec la première un angle droit et le long de la ligne blanche. Les muscles droits furent écartés du bord supérieur du pubis, dans le but de mettre en vue la paroi antérieure de la vessie. Guidé par un cathéter passé dans la vessie cet organe fut ouvert supérieurement sur sa paroi antérieure dans une longueur de 4 centimètres ; cette incision fut agrandie au cours de l'opération.

Les lèvres de l'incision vésicale furent attachées à la paroi abdominale au moyen de deux sutures de soie provisoires. On put voir alors l'intérieur d'un petit calcul léger, mesurant dans ses trois dimensions, 2 centimètres, 1 centimètre, 2 millimètres et 1/2, fut enlevé. En continuant l'examen, on trouva

que la fistule était haut placée sur le côté droit de la vessie, à l'opposé de la branche descendante du pubis du même côté, et qu'elle communiquait en ce point non seulement avec l'utérus, faisant ainsi une fistule vésico-cervicale, mais aussi avec le cartilage de la symphyse pubienne, par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux irrégulier livrant passage à du pus.

L'urètre fut trouvé normal et son orifice assez large pour admettre le doigt. Une tentative faite pour aviver les bords de la fistule échoua, car les tissus étaient devenus trop denses et adhéraient au pelvis ; par suite, il y avait peu de chance d'obtenir par la suture l'occlusion de cet orifice vieux et induré, et un échec eût nécessité, d'ailleurs, la réouverture de l'abdomen pour une deuxième opération. Comme l'urètre et les uretères se trouvaient au-dessous de la fistule, la méthode suivante fut employée. La fistule fut exclue de la vessie par la construction d'une nouvelle paroi formée au-dessous d'elle ; la vessie fut séparée de la symphyse par la dissection.

La fistule fut alors arrosée avec une solution faible, 1 o/o, d'acide boro-salicylique et les bords des deux lambeaux furent réunis par le moyen de 36 sutures faites avec de la soie fine. Quelques-unes d'entre elles traversaient entièrement la paroi tandis que les autres respectaient la muqueuse. Il restait alors une vessie nouvellement construite de dimensions restreintes. La fistule était à l'extérieur de cette vessie dans une poche située au-dessus du septum nouvellement fait. La vessie fut séparée du col du côté droit, afin de fermer l'ouverture existant en cet endroit, à l'aide de plusieurs sutures au catgut, de la gaze iodoformée avait été poussée au préalable à travers l'orifice fistuleux dans le canal cervical pour assurer le drainage par le vagin.

Le trajet fistuleux conduisant à la symphyse pubienne fut

soudé et on trouva que le cartilage articulaire était dans sa plus grande partie détruit et que les os en contact étaient cariés. L'article et le trajet fistuleux furent grattés soigneusement avec la curette de Wolkmann et ce qui restait sur le bord supérieur du cartilage pubien, après ce curettage, fut enlevé. Après toilette de ces parties, les symphyses furent rapprochées et réunies par des sutures à la soie et au fil d'argent. La poche laissée à l'extérieur de la nouvelle vessie fut alors fermée au moyen de profondes sutures au catgut et de gaze iodoformée. On plaça dans la profondeur de la poche un drain en gomme élastique s'étendant jusqu'à l'incision abdominale. Un second drain en gomme élastique fut placé dans l'ouverture des symphyses, et les deux drains furent suturés à la paroi abdominale. La plaie abdominale fut fermée et on ne laissa qu'une petite ouverture des symphyses, petite ouverture dans laquelle on entassa de la gaze iodoformée. La toilette usuelle fut faite et on plaça dans la vessie un cathétère qui fut fixé par un point de suture à l'une des lèvres vaginales.

Le traitement consécutif fut le traitement aseptique usuel. Pendant deux jours seulement la température fut élevée : le soir de l'opération 38°2.

A part cela, la convalescence fut entièrement normale. Pour calmer la douleur, on employa des petites doses de morphine et en raison d'un trouble des urines, on pratiqua des lavagues quotidiens de la vessie à l'eau distillée.

Après trois semaines, les fils d'argent furent enlevés. Au bout de quatre semaines, la malade quitta le lit et le catheter fut placé dans la vessie la nuit seulement.

A cause de la carie symphysienne, la malade fut gardée à l'hôpital beaucoup plus longtemps ; elle le quitta le 6 sept.,

deux mois et demi après l'opération. A cette époque elle était capable de retenir les urines 2 et 3 heures durant, et sa vessie pouvait supporter 50 à 100 centimètres cubes d'urine.

OBSERVATION XIII

(Rafin 1901)

Fistule vésico-vaginale ayant précédé à une hystérectomie. Deux tentatives de suture par voie vaginale sans résultat. Suture par voie vésicale. Guérison. Calculs secondaires. Taille latérative. Guérison complète,

Mme de X..., 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 17 octobre 1901 parce qu'elle perd ses urines par le vagin.

L'année dernière, on lui découvre, par hasard, un fibrome dont la malade ne se doutait pas, n'ayant donné lieu à aucun symptôme. Elle n'a jamais eu d'hémorragie. On lui propose une intervention qui est acceptée.

30 Août 1900. — Hystérectomie vaginale, à Paris, par le Docteur X... de Paris.

Cinq jours après elle perd ses urines par le vagin.

Le Docteur Potherat, chirurgien des Hôpitaux de Paris, qui fut alors appelé à lui donner des soins, découvrit au toucher vaginal, sur la paroi vaginale antérieure, une fistule ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs.

On met une sonde de Pezzer et on prescrit le repos au lit, la sonde est changée toutes les semaines.

Trois mois après la fistule n'est pas cicatrisée. Les dimensions sont sensiblement les mêmes que lors du premier examen.

On fait une intervention vaginale à la suite de laquelle la malade perd de nouveau ses urines par le vagin.

12 février 1901. Deuxième intervention par voie vaginale (Dr Potherat). Le résultat ne fut pas parfait. La malade perdait moins d'urine. Dans le decubitus dorsal, elle gardait quelques grammes d'urine et sentait nettement le besoin d'uriner. Le decubitus latéral droit ou gauche provoquait l'écoulement d'urines par le vagin.

La malade vient habiter Lyon, elle consulte alors le docteur Rafin.

A l'entrée à l'hôpital, la malade perd ses urines en partie par le vagin. Elle urine un peu par le méat, les mictions sont très peu abondantes.

Il existe un certain degré de capacité vésicale, on peut injecter 50 grammes d'eau boriquée dans la vessie.

Au repos dans la station assise, dans le décubitus dorsal il n'y a pas d'écoulement d'urine par le vagin, au contraire, dans la station debout et pendant la marche, les urines s'écoulent entièrement par le vagin.

Au toucher vaginal : dans le tiers supérieur de la cloison vésico-vaginale, on sent un orifice dur, de direction surtout transversale, ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous. Cet orifice admet l'index.

Le toucher vésical est rendu possible.

Par injection de liquide dans la vessie, on n'a pas de peine à reconnaître une fistule vésico-vaginale. Capacité vésicale, 80 gr. Les urines sont un peu troubles, sans odeur, la réaction au tournesol est neutre. L'état général est bon.

La malade avait subi deux interventions par voie vaginale. Autour de la fistule il existait un tissu dur, fibreux, peu pro-

pre à une troisième tentative d'avivement. Il y avait de l'infection vésicale.

La voie vaginale paraissait donc peu propice en raison de la profondeur et de la fixité de la fistule. La suture aurait été pénible et probablement incomplète. C'est alors que M. le docteur Rafin songea à intervenir par voie vésicale : 1° pour suturer plus complètement et en tissu meilleur ; 2° pour vérifier l'état de la vessie, enlever les calculs s'il y avait lieu, mettre la vessie au repos et favoriser ainsi la réunion immédiate.

29 Octobre 1901. Intervention par voie vésicale. Anesthésie au mélange de Billroth sans incident.

1er Temps : Taille hypogastrique suivant le manuel opératoire classique. Incision longitudinale de la paroi abdominale et de la vessie. La vessie se déchire facilement sous les écarteurs.

2e Temps : Avivement et suture. L'avivement a été fait de la façon suivante : d'abord incision circonférentielle, qui enlève une partie du tissus fibreux, constituant les bords de la fistule sur toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Puis deux incisions sont faites sur la muqueuse vésicale, en avant et en arrière de la fistule sur une longueur de un centimètre et demi. Cette double incision comprend la muqueuse et une portion de tissu musculaire. Avec les ciseaux, on décolle la muqueuse du tissu musculaire sous-jacent, sur toute la longueur de l'incision de la fistule, de façon à constituer deux lambeaux, l'un droit l'autre gauche, ayant au moins un centimètre de hauteur, puis on fait les sutures.

1° Surjet à la soie très fine pour les bords vaginaux de la fistule, n'intéressant pas la muqueuse vaginale et ne pénétrant pas dans le vagin, tout en le fermant hermétiquement.

2° Surjet à la soie fine rapprochant l'une de l'autre la base de deux lambeaux vésicaux. En d'autres termes, le surjet est passé au niveau de l'angle que forment les deux lambeaux que l'on a obtenu de chaque côté en dédoublant la paroi vésicale.

3° Le surjet au catgut chromique est intravésicale il n'intéresse que les bords libres de deux lambeaux et enfouit les précédents.

3me Temps. Suture de la vessie et de la paroi abdominale. On ferme la vessie, par points réparés au catgut Repin. On met les tubes de Guyon-Perrier comme à l'ordinaire ; on met une sonde de Sims à demeure.

On ferme la paroi abdominale par deux plans : musculo aponevrotique et cutané.

Suites opératoires. — Le soir, à 5 heures, tubes de Guyon-Perrier fonctionnent bien. La malade ne souffre pas ; l'état général est bon.

1er Novembre 1901. Les tubes n'ont pas fonctionnés pendant la nuit. On les enlève, car ils étaient probablement sortis de la vessie.

La sonde de Sims a été expulsée deux fois pendant la nuit. La première fois elle a été remise immédiatement ; la deuxième fois elle n'a pu être placée que six heures après.

Nausées et vomissements qui peuvent être mis sur le compte d'une longue anesthésie.

La malade ressent parfois le besoin d'uriner et expulse à côté de la sonde, et au prix d'une grande douleur un peu d'urine par le canal.

Le soir, la sonde et les tubes fonctionnent bien ; toutefois quelques petites mictions s'effectuent autours de la sonde.

3 Novembre. La sonde a bien fonctionné. La malade ne

s'est pas mouillée. Il n'est donc pas sorti d'urine par le vagin. La fistule vésico-vaginale est bien fermée.

Il sort une petite quantité d'urine par la voie hypogastrique. Il n'en sortait pas auparavant.

Les nausées persistent tout en diminuant de nombre et d'intensité. On donne un lavement purgatif, qui est suivie d'une selle copieuse. La température depuis l'opération n'a pas dépassé 38°5. L'état général se maintient bon,

7 novembre. Rien ne semble sortir par le vagin. On enlève la sonde de Sims. On fait des lavages vésicaux à l'eau boriquée matin et soir, car l'urine a un peu d'odeur.

8 novembre. On continue les lavages vésicaux. L'urine sort par la plaie hypogastrique. L'urine cesse de passer par la plaie hypogastrique le 20e jour après l'opération, et la fistule vésico-vaginale est définitivement tarie.

On a fait des lavages boriqués tous les jours, puis tous les deux jours, suivis d'un lavage nitraté à 0,25 o/o. Les urines avaient été un peu troubles, mais n'avaient plus d'odeur.

23 novembre. La malade sort de l'hôpital. La plaie abdominale a les dimensions d'une pièce de deux francs. Elle bourgeonne peu. L'état général est bon. Il en est de même de l'état local.

26 novembre. On n'a pas fait de lavages depuis trois jours. Les urines sont un peu troubles et d'odeur ammoniacale. On fait un grand lavage boriqué.

7 décembre. Hier, la malade a souffert un peu et expulsé un fragment de catgut chromique. On fait un lavage boriqué. Le soir elle souffre et expulse un débris de calcul blanc développé sur un fil ayant des dimensions d'un haricot.

13 Décembre. Examen cystoscopique. La vessie est un peu congestionnée. Sur la face inférieure on voit la cicatrice gri-

sâtre de la fistule guérie et dans le voisinage la muqueuse est irrégulière. On voit un petit corps blanc pédiculé sur la muqueuse.

30 janvier 1902. La malade souffre un peu. L'examen cystoscopique révèle la présence d'un petit calcul, qui siège sur la ligne de suture en avant.

Lithotricie. Anesthésie à la cocaïne. Il sort au lavage de nombreux débris calculeux. Aussitôt après, la cystoscopie montre une surface arrondie, un peu surélevée, avec une teinte partie rouge foncée, partie blanche comme incrustée.

11 mars 1902. La malade a expulsé par l'urètre un morceau de fil en forme de nœud et des débris phosphatiques. L'urine est trouble, glaireuse, sans odeur, à réaction alcaline.

7 mai. L'état de la malade ne fait que s'aggraver. Elle évacue fréquemment de petits graviers blancs, très rugueux, qui produisent par leur passage de vives douleurs. Il y a huit jours rétention d'urine provoquée probablement par un calcul. Miction toutes les deux heures au repos ; toutes les heures quand elle marche.

La présence du calcul ayant été reconnue et la lithotritie faite, il est vrai, sans anesthésie générale, s'étant montrée insuffisante, on propose la taille hypogastrique qui est acceptée.

10 mai 1902. Taille hypogastrique. Après lavage boriqué préalable, on fait une incision longitudinale de 15 centimètres pour corriger un peu l'éventration qui a succédé à la première taille. On a de la difficulté à trouver la vessie, en raison du tissu cicatriciel qui la recouvre.

Celle-ci ouverte, on trouve deux calculs appendus à des fils de soie. L'un d'eux, pendant la manipulation, se détache de son fil, on a soin d'accrocher soigneusement le fil de soie

qui se casse : c'est l'inférieur. Le supérieur est saisi avec prudence, mais le fil se casse à peu près à la même hauteur. Au dessus se trouve un point blanc qui se déchire lorsque je cherche à l'inciser ; les calculs ont la grosseur de petites noisettes. Le fil de soie est attiré, mais il s'est brisé sous une mince traction. Au milieu du point où adhérait le fil inférieur, il persiste une dépression sur la muqueuse vésicale. Sonde de Pezzer.

Suture de la vessie au catgut Repin n° 1, en ayant soin de ne pas empiéter sur la muqueuse. Cette suture est imparfaite à la partie inférieure. Un deuxième plan adosse non pas la vessie mais les tissus fibreux qui la recouvrent.

On mit un drain et une mèche qui descendent au contact de la partie inférieure de l'incision vésicale. L'aponévrose des droits est ouverte dans le sens de toute la longueur de l'incision pour prévenir et corriger l'éventration. Suture de l'aponévrose au catgut chromique. Suture de la peau au fil métallique.

Suites opératoires. — La température n'a pas dépassé 38° après l'opération.

Fin juin 1902. La malade va bien ; l'urine est acide.

5 Décembre 1902. L'urine est un peu louche, sans odeur, à réaction acide. Mictions : deux ou trois le jour, une la nuit.

La plaie est bien cicatrisée après plusieurs abcès. Légère éventration.

10 novembre 1908. L'opérée a été suivie depuis quatre ans. Elle n'a présenté aucun trouble urinaire et son état de santé est très bon.

OBSERVATION XIV

(Delbet 1901)

Fistule large et adhérente au bassin. Insuccès vaginaux répétés. Suture par la voie transvésicale. Guérison.

Je me suis trouvé en présence d'une immense fistule vésico-vaginale, qui allait du col de la vessie au col de l'utérus, qui s'étendait du côté gauche, jusqu'à la paroi latérale du vagin et qui remontait du côté droit par une sorte de canal cicatriciel dans la direction du détroit supérieur.

Par une série d'opérations vaginales, je réussis à fermer la portion proprement vaginale de la fistule, mais l'écoulement d'urine persistait. En injectant des liquides colorés dans la vessie je constatais, qu'ils ressortaient par cet infundibulum cicatriciel dont j'ai parlé. J'essayais de le fermer par en bas, mais les parois étaient tellement rigides, que je ne pus arriver à aucun résultat.

Je me décidais à faire la taille hypogastrique ; la vessie ouverte, je constatais que l'orifice fistuleux remontait jusqu'au niveau du détroit supérieur et qu'en ce point ses bords étaient adhérents à l'os lui-même. Pour pouvoir faire une suture, je dus détacher à la rugine un lambeau comprenant le périoste de l'ilion fusionné avec la muqueuse vésicale.

Le résultat de cette opération fut très satisfaisant, mais pas parfait. J'ai eu des nouvelles de cette malade plusieurs années après l'avoir opérée. Elle contenait bien ses urines en général, mais il arrivait quelquefois qu'un léger suintement

se produisait par le vagin. Il est probable qu'il a persisté un petit pertuis haut situé, qui ne livre passage à l'urine que lorsque la vessie est distendue et seulement dans certaines positions.

OBSERVATION XV

Imbert 1902

Fistule vésico-vaginale, opérée par la voie transvésicale. Gué-rison.

Le 15 mars 1908, à la société de chirurgie de Marseille, M. Imbert, communique une observation de fistule vésico-vaginale justa-cervicale ; la malade qui en était atteinte fut opérée à une époque où il n'était pas encore question de dédoublement.

M. Imbert pratiqua la taille hypogastrique et fit un avivement circulaire de l'orifice vésical de la fistule, après quoi il le sutura par un double plan de catgut et ferma complètement la vessie et l'hypogastre. La guérison survint sans incidents.

OBSERVATION XVI

Schwartz 1904

Fistule vésico-vaginale très large. Tentative infructueuse de colpocleisis. Opération par la voie transvésicale. Guérison.

Femme de 21 ans, présentant un vagin très étroit, avec large ouverture par laquelle se vidaient l'urine et le sang

menstruel. Schwartz essaya un colpocleisis haut pour faire passer par l'urètre l'urine et le sang de règles ; cette opération échoua.

Après quelque temps il pratiqua une cystostomie suspubienne, il aviva la fistule, la sutura, et sutura ensuite l'orifice de la cystostomie. Guérison. Continence.

OBSERVATION XVII

Docteur Villard. 1908.

Néoplasme du col. Hystérectomie totale. Wertheim. Guérison avec fistule vésico-vaginale. Deuxième intervention par la voie tranvésicale. Suture de la fistule. Guérison.

La malade est opérée le 12 décembre 1907 pour un cancer utérin. On trouve un néoplasme du col ayant déjà infecté le tissu cellulaire en avant et en arrière de l'utérus. On fait une hystérectomie totale, on dissèque sur une assez grande longueur les uretères et l'on est obligé d'enlever une partie postérieure des tuniques vesicales.

Excellentes suites opératoires. Persistance d'une fistule vésico-vaginale.

La vessie se rétracte, l'orifice de la fistule s'élargit.

La malade part le 30 décembre 1908 avec persistance de sa fistule ; ses urines sont claires.

Mars 1908. La malade revient pour se débarrasser de sa fistule urinaire. La cicatrice vaginale de l'intervention est absolument souple, l'état général de la malade est florissant et on ne peut trouver aucune trace apparente de récidive. Il existe dans la paroi antérieure du vagin une perforation vésicale pouvant admettre facilement l'index.

L'intervention est décidée et pratiquée par la voie haute quelques jours après l'entrée de la malade.

Laparatomie en position fortement inversée. Incision sus-pubienne médiane. Le péritoine prévésical décollé est fortement refoulé en haut et la face antérieure de la vessie est totalement mise à découvert.

Longue incision de cette face antérieure. Une valve est placée dans l'angle inférieur de la plaie vésicale,

On aperçoit alors facilement l'orifice de la fistule, dont les bords sont tangents aux orifices urétéraux.

Dissection des lèvres de la fistule, dédoublement de la paroi vésico-vaginale ; deux plans de suture au catgut oblitèrent l'orifice, l'un placé sur le vagin l'autre sur la muqueuse.

La fermeture paraissant parfaite et la vessie n'étant pas infectée, fermeture totale de la brèche vésicale antérieure. Une sonde à demeure est laissée dans la vessie. Elle est retirée au bout de huit jours et la guérison de la fistule est définitive. La malade sort au bout de trois semaines.

En juin elle revient dans le service du professeur Villard.

Le cancer a récidivé et la malade meurt le 24 juillet 1908.

L'autopsie est pratiquée. La vessie recueillie est parfaitement cicatrisée, il n'existe aucune trace de fistule.

OBSERVATION XVIII

Villard 1906

Fistule vésico- vaginale opérée par la voie transvésicale. Guérison. Insuccès antérieur de la voie vaginale.

Femme d'environ 30 ans. Large fistule de dimension d'une pièce de quarante sous occupant la région du trigone et

et consécutive à un accouchement remontant à près de deux ans.

Une tentative d'intervention vaginale faite en dehors de Lyon a échoué,

Même manuel opératoire que dans l'observation précédente.

Lorsque, après quelques jours, on retire la sonde à demeure, un peu d'urine suinte, la guérison se fait spontanément au bout de quelque temps.

OBSERVATION XIX

(Docteur Denis, d'Alger)

Fistule vésico-vaginale haute. Intervention par la voie trans-vésicale. Reste une fistulette.

Femme 38 ans, fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale faite en 1907.

Entrée au mois de juillet 1908 dans le service du docteur Denis chirurgien des Hôpitaux.

La fistule siège très haut sur le vagin, elle est inabaissable. L'orifice admet l'extrémité de l'index. Les urines passent en totalité par le vagin. La vessie est infectée, les urines sales, la malade a des crises douloureuses à point de départ vésical et à irradiation pelvienne.

La cystite est soignée, des grands lavages sont faits ; en bouchant avec un doigt l'orifice vaginal de la fistule, on arrive peu à peu à rendre à la vessie une capacité presque normale.

L'intervention est pratiquée en octobre 1908.

Taille transversale, position inversée. La vessie ouverte et provisoirement suturée aux plans superficiels de la paroi

abdominale, l'orifice fistuleux apparaît en arrière du trigone vésical. Forme régulièrement arrondie de la perte de substance.

La muqueuse vésicale est épaissie et rouge, il est difficile de voir les orifices uretéraux.

Le dédoublement des parois vésico-vaginales est fait sur une largeur d'un centimètre et demi,après qu'on a sectionné tout autour de la fistule une mince collerette comprenant vessie et vagin.

Le dédoublement est relativement facile ; la vessie se détachant bien du plan rigide représenté par la paroi vaginale.

La suture est faite au catgut et avec les aiguilles courbes de Hagedorn.

Le plan vaginal est mince et sclerosé, il cède sous la traction des fils et se fissure. Le plan de suture vésicale paraît beaucoup meilleur. La vessie est refermée en laissant un orifice médian par lequel sort un drain dont l'autre extrémité passe par l'urètre.

Drainage de l'espace prevésical.

L'opérée est placée dans son lit et couchée sur le côté. Le lendemain l'urine s'est entièrement écoulée par les deux extrémités du drain, rien n'a suinté par le vagin. La situation demeure favorable pendant dix jours. A ce moment un fil lache, et il se forme une petite fistulette qui persiste encore le 16 octobre 1908. Les dimensions actuelles de la perte de substance sont si exigues que l'on espère guérir cette fistule par la cautérisation.

OBSERVATION XV

(Segond 1910)

Fistule vésico-vaginale opérée plusieurs fois par le vagin. Insuccès répété à cause de la prise dans la suture d'un uretère. Opération par voie transvésicale. Guérison.

Il s'agit d'une femme que je soignai il y a deux ans pour fistule vésico-utéro-vaginale consécutive à un accouchement difficile. Combien d'opérations avait-elle subi avant de se confier à moi, je l'ignore. Ce que je puis dire, c'est que je l'ai opérée moi-même, trois fois. Une première opération ayant échoué, je fis une taille hypogastrique qui me permit d'attaquer la fistule par la vessie, je vis alors que l'orifice uretéral confinait aux lèvres de la fistule ; fatalement on le prenait dans la suture, et cela m'explique les insuccès antérieurs. Redoutant la présence des fils au contact d'urine, à cause de la formation des calculs, je décollais toute la paroi vesicale gauche jusqu'à la fistule et c'est par la face extérieure de cette paroi, (en dehors de la vessie par conséquent , que je fis la suture de la fistule avec des fins catguts. Ces fils étaient noués en dehors de la vessie et passaient sous la muqueuse sans la comprendre dans leurs anses. Il n'y avait donc pas de contact possible entre eux et l'urine.

Le succès ne fut que partiel. Il persista une petite fistule dont je vins à bout dans une dernière intervention vaginale.

OBSERVATION XXI

Docteur Bachet 1910

Fistule vésico-vaginale, Quatre opérations par voie vaginale Insuccès. Opération transvésicale. Urelero-cystoneostomie. Guérison.

B. V..., 37 ans entre le 21 décembre 1908 dans le service de M. Rochet, pour une fistule vésico-vaginale, qui date de 11 ans et est apparue après un accouchement au forcep très laborieux.

Deux mois après le début de sa fistule, la malade entre à l'hôpital de Chambéry et subit une première intervention par voie vaginale, sans résultat appréciable. Dans les années qui suivirent, trois nouvelles interventions furent pratiquées, toujours par la voie vaginale, le bénéfice retiré de chacune d'elles fut toujours insignifiant ; au moment de son entrée dans le service de M. Rochet, la malade continuait à perdre à peu près en totalité ses urines par le vagin et sa capacité vésicale était presque nulle.

A l'examen de la malade on constate les signes suivants : la partie inférieure du vagin est intacte ; on ne décèle pas sur sa paroi antérieure d'orifice fistuleux. L'exploration de l'urètre montre l'intégrité du canal, qui ne présente ni perte de substance, ni atrésie d'aucune sorte. La partie haute du vagin, au niveau des culs-de-sac, est complètement modifiée et déformée ; la cavité vaginale est atresiée, infundibiliforme ; il est impossible d'écarter ses parois et d'étaler les culs-de-sac vaginaux pour dégager le col de l'utérus. Celi-ci se dis-

tingue très mal dans le fond du vagin atrésié. Il semble que la disposition du col est telle que son orifice est dirigé presque directement à droite. La zone d'union du cul-de-sac antérieur et du cul-de-sac latéral gauche, à gauche et en avant du moignon cervical, est sclérosée, cicatricielle ; elle se présente sous l'aspect d'une fente linéaire, au fond de laquelle doit déboucher vraisemblablement la fistule. Lorsqu'on pousse une injection dans la vessie, on voit le liquide apparaître immédiatement au niveau de cette rainure. Mais le liquide s'échappe en bavant d'une façon diffuse. On ne voit pas de jet de liquide net venant d'un orifice visible. Le cathétérisme de la rainure cicatricielle ne permet pas non plus de découvrir l'orifice de communication et d'y faire pénétrer le stylet.

En somme, par l'examen vaginal, on constate que le vagin est profondément déformé dans la région des culs-de-sac, que la fistule doit se trouver à ce niveau et siéger à gauche ; mais la vision nette de la fistule est impossible.

En présence de ces constatations, toute idée d'intervention nouvelle par le vagin devait être écartée, sous peine de courir au devant d'un nouvel échec. M. Rochet pensant à une participation de l'urètre à la fistule, proposa à la malade une intervention par voi hypogasteique, et la malade l'accepta.

Opération. — (9 janvier 1910), taille vésicale suspubienne par l'incision transversale.

Après l'ouverture de la vessie, la malade, étant en position de Trendelenbourg et la cavité vesicale étant mise en pleine lumière à l'aide de valves appropriées, on constate la présence de deux orifices fistuleux, qui présentent les caractères suivants :

L'un, gros comme une pièce de cinquante centimes, siège

au niveau même de l'orifice vésicale de l'uretère gauche. Cet orifice uretéral débouche au niveau du pôle supérieur de la fistule et fait partie intégrante du bord même de l'orifice fistuleux.

La deuxième fistule beaucoup plus petite que la précédente (tête d'épingle environ) siège à 2 centimètres au-dessous de la précédente, à gauche également et tout près de l'emboulchure urétro-vésicale,

On s'occupe tout d'abord de l'oblitération de la fistule principale. La difficulté étant faite avant tout de la participation de l'uretère, les manœuvres opératoires comprement, en conséquence, deux temps principaux :

1° La ibération de l'uretère; 2° l'oblitération proprement dite. Dans le premier temps, après avoir engagé une sonde dans l'orifice de l'uretère, pour repérer aisément son trajet intrapariétal, on commence par inciser la muqueuse vésicale sur une étendue de 2 centimètres, sur l'uretère ainsi cathétérisé. Les deux lèvres de la muqueuse incisée sont disséquées et la terminaison de l'uretère est alors dégagée, à partir de la fistule sur une étendue de 2 centimètres. Ce travail de dissection se passe dans l'épaisseur même de la couche musculeuse de la vessie, en veillant à ne pas inciser la paroi vésico-vaginale à ce niveau.

L'uretère ainsi dégagé est alors abandonné à l'angle supérieur de l'incision de la muqueuse vésicale, à 1 centimètre 1/2, 2 centimètres au dessus de la fistule. On s'occupe alors de fermer celle-ci. On commence par dédoubler excentriquement, à partir des bords de la fistule, la cloison vésico-vaginale. Ce travail de dissection achevé on suture séparément les deux plans ainsi obtenus : brèche vaginale d'abord, brèche vésicale ensuite. La suture de la brèche vésicale est pour-

suivie en haut jusqu'à l'uretère, de telle sorte que celui-ci, une fois la suture vésicale achevée, débouche dans la vessie à un travers de doigt plus haut qu'il n'y débouche normalement. Cet uretère se jette dans la vessie par une extrémité libre et saillante sur une longueur de 3 ou 4 millimètres. On suture cette terminaison à la muqueuse voisine, au moyen de deux fils fins de catgut.

La deuxième fistule est oblitérée en dernier lieu, par avivement et dédoublement. Mais ce travail opératoire est notablement plus difficile que pour la première. La difficulté tient à deux causes : 1° la situation plus profonde, plus éloignée de cette fistulette, située dans la zone vésicale la plus déclive, tout près du col ; 2° la gêne apportée dans l'avivement et la suture, par le pli de la muqueuse vésicale, résultant de l'oblitération précédente. Ces difficultés font qu'à la fin de l'intervention, l'on n'est pas aussi satisfait de la fermeture de la fistulette que de celle de la fistule principale.

On termine l'opération en suturant la paroi antérieure de la vessie ; on place un tube-drain de la grosseur du petit doigt, qui pénètre dans la vessie par le milieu non suturé de l'incision vésicale. On met, d'autre part, par l'urètre une sonde à demeure.

Suites opératoires. — Les suites opératoires immédiates sont satisfaisantes.

La température ne dépasse guère 38° et tombe au dessous de 38° au bout de quelques jours. L'écoulement de l'urine dans le vagin est supprimé et pendant une quinzaine de jours, la guérison semble absolument parfaite à ce point de vue.

A ce moment, la malade déclare un jour qu'elle a senti de nouveau l'urine couler par le vagin, quoique moins abondamment il s'agirait plutôt d'un simple suintement que d'un écoulement véritable.

La malade est examinée en position gynécologique, mais malgré toute l'attention apportée à cet examen, on ne peut constater à ce moment *de visu* d'écoulement d'urine par le vagin.

Trois semaines après l'opération, la malade accuse des phénomènes nouveaux assez particuliers, Elle se plaint de douleure extrêmement vives au niveau de la racine des adducteurs, vers les régions obturatrices, et l'écartement des cuisses exagère ces souffrances. Lorsqu'on appuie avec le doigt sur la région de la symphyse pubienne et sur le pubis, on détermine nettement, surtout à droite, l'éveil des douleurs. Il en est de même lorsqu'on empoigne à pleines mains les crêtes iliaques et qu'on cherche à les rapprocher transversalement l'une de l'autre. Il n'existe d'autre part aucun empâtement ni rougeur des téguments au niveau des régions osseuses douloureuses, et la plaie hypogastrique paraît en bonne voie de cicatrisation.

Devant la persistance et l'acuité des douleurs, on intervient à nouveau, le 20 février 1909, cinq semaines après la première intervention, et on met à jour la région de la symphyse et des pubis. On constate alors des lésions nettes de chondrite et d'ostéite nécrosante occupant la moitié supérieure de la symphyse et des corps des pubis, surtout du pubis droit, les os sont rugueux, dépourvus de périoste au niveau de leur face vésicale, et dans le pubis droit on trouve un véritable séquestre. On enlève progressivement à la pince gouge toutes les parties osseuses et articulaires malades ; la moitié supérieure de la symphyse, le corps du pubis droit jusque près du trou obturateur, la portion du pubis gauche attenant à la moitié supérieure de la symphyse, sont ainsi réséqués.

Les suites de cette intervention sont très simples, les dou-

leurs cessent rapidement, et la plaie hypogastrique continue sa cicatrisation. La malade peut bientôt se lever, et l'on peut constater que la solidité de sa ceinture pelvienne n'est pas compromise.

Cependant, la malade continue à se plaindre de son suintement d'urine par le vagin. M. Rochet procède à un nouvel examen et peut déceler cette fois, en poussant dans la vessie une injection d'eau bouillie un petit jet liquide de filiforme, sur la paroi vaginale antérieure, à 4 centimètres environ du méat. Il s'agit, à n'en pas douter, de la fistulette basse, dont l'oblitération n'avait pas été satisfaisante, et qui donne toujours. Il paraît heureusement facile et simple d'en achever l'aveuglement par le vagin, par simple avivement et suture ; c'est ce qui se fait au début de mai 1909.

Dans la même séance, on procède également à l'avivement et à la suture de la fistulette hypogastrique. La guérison des deux fistulettes s'obtient en quelques jours.

Un mois après le malade quitte le service complètement cicatrisé de sa plaie hypogastrique et définitivement de ses fistules vésico-vaginales. Elle est minutieusement examinée à ce point de vue avant son départ, à plusieurs reprises. On injecte dans la vessie 150 à 200 centimètres cubes de liquide, sans que rien ne s'écoule par le vagin.

M. Rochet pratique la cystoscopie avant le départ de la malade. Il n'observe aucun orifice anormal. Il voit d'autre part que l'orifice vésical de l'uretère gauche, d'ou s'écoule de l'urine, est nettement visible sous forme de rainure allongée et est remonté par rapport à celui de l'uretère droit ; il se trouve à 1 centimètre 1/2 environ au-dessus et un peu en dehors de sa place normale. Il est malheureusement impossible d'en faire le cathétérisme.

OBSERVATION XXII

(Chevarru 1911)

Fistule vésico vaginale. Opération vaginale. Insuccès. Opération transvésicale. Guérison.

S..., 21 ans entrée à Necker le 10 juin 1911 pour fistule vésico-vaginale. Cette fistule est consécutive à une hystérectomie vaginale faite à la Lariboisière le 17 décembre 1910. Le 9 janvier 1911 M. Chaput a suturé la fistule par le vagin en s'aidant d'une large libération paravaginale droite ; au dixième jour lors de l'ablation de la sonde à demeure les urines repassent par le vagin.

Actuellement la malade perd ses urines constamment qu'elle soit debout ou couchée. Cependant elle peut en garder environ une cuillerée à soupe mais elle n'éprouve jamais le besoin d'uriner. Lorsqu'on met à la malade couchée une sonde à demeure, la sonde draine parfaitement les urines, qui ne coulent plus par le vagin.

Au toucher on sent au fond du vagin une zone indurée rappelant vaguement un col utérin — à son centre est un petit trou, l'orifice fistuleux ; il occupe juste le dôme vaginal ; on y fait entrer facilement un stylet ; du liquide coloré injecté dans la vessie ressort par la fistule. Par ailleurs le vagin est étroit, cicatriciel. La longue cicatrice de la deuxième opération sort du bord droit de la vulve pour s'étendre loin dans la région fessière ; elle présente encore une fistule purulente au niveau de la vulve.

Cystoscopie. — On injecte sans difficulté 200 cc. d'eau dans la vessie. Cette eau n'est évacuée dans le vagin que petit à

petit ; après un lavage prolongé, car la vessie est assez sale, on peut pratiquer une excellente cystoscopie. Elle montre :

1° Les deux orifices urétéraux normaux ;

2° Plus haut un repli transversal devant lequel se trouve un petit polype ;

3° Derrière ce repli un trou profond, sorte de diverticule au fond duquel on parvient à voir un stylet introduit par le vagin.

Etant donné l'état cicatriciel du vagin, l'absence du col utérin, l'échec de la première intervention vaginale, je me décide à faire d'emblée une intervention par voie haute ; la malade est d'ailleurs dans un état moral déplorable ; elle ne parle de rien moins que de se suicider si l'intervention échoue.

Opération le 22 juin 1911. — Chloroforme aides : Clap (interne), Lepinay (externe) et Krebs (moniteur).

Laparatomie médiane suspubienne, ouverture verticale de la vessie. Mise en place de l'écarteur de Legueu. Un long dépresseur vésical mobile manié par un aide, permet de bien voir la fistule. Cependant un autre aide soulève d'un doigt introduit dans le vagin, toute la zone opératoire. Elle devient plus visible encore lorsque la malade est mise en position inclinée. Pour soulever mieux encore la zone opératoire, je place à droit et à gauche un fil de traction. Je constate alors qu'en tirant sur les deux fils on détermine la formation d'une cavité hémisphérique dont la fistule occupe le fond.

Cette fistule a le diamètre d'une grande sonde cannelée, les bords sont minces cicatriciels, résistants sans souplesse ; un dédoublement paraît difficile. Par contre il est tentant de profiter de la tendance à l'enfouissement que présente la fistule, dès qu'on soulève les parties voisines, et je me décide tout de suite à faire cet enfouissement.

L'avivement de toute la zone à enfouir est difficile au bistouri ; je fais à la curette tranchante, encore les tissus se laissent-ils difficilement entamer, tant ils sont cicatriciels.

Pour enfouir la fistule je passe à l'aiguille à pédale quatre catguts qui chemine dans la paroi de la cavité hémisphérique et sortent de part et d'autre sur les lèvres. Les fils passés, je les noue en serrant modérément. Les deux parois antérieurs et postérieure s'affrontent facilement ; il y a de chaque côté plusieurs centimètres de tissus affrontés. Je termine le premier plan en nouant sur eux mêmes les deux fils de traction. Le premier plan fait au catgut n° 2 est alors enfoui sous un fin surjet au catgut n° 0.

La suture terminée fait une ligne transversale de 3 centimètres environ. Cela n'a pas l'air de tirer. Cela saigne à peine, mais un peu tout de même.

Ablation du petit polype aux ciseaux ; il avait un petit pédicule imperceptible qui ne saigne pas de manière appréciable.

Malgré mon désir de fermer la vessie complètement, j'estime qu'il est plus prudent de laisser un drain dans la paroi vésicale.

Suture de la vessie par un surjet total au catgut, interrompu à sa partie moyenne pour laisser passer un tube coudé de Guyon-Perrier. Suture musculaire au catgut, suture cutanée aux crins.

Sonde de Pezzer par l'urètre, la malade emportée dans son lit, est placée en position latérale. On doit faire toutes les deux heures une injection de 10 c. c. d'eau bouillie par la sonde de Pezzer.

Suites opératoires. — 22 juin au soir. Les sondes fonctionnent bien, l'urine est à peine sanguinolente. Temp. 36° 7.

23 juin. — Les urines de la nuit ont été légèrement san-

glantes. Température 37°2. Pouls 96. Vers midi la malade se plaint d'avoir senti couler quelque chose. Par le vagin je vérifie les sondes. Elles fonctionnent parfaitement, il n'y a plus de sang.

21 juin. — On a dû changer à 11 heures la sonde de Pezzer, qui était bouchée ; heureusement le tube coudé fonctionnait.

Je vois la malade à 4 heures. Elle se plaint de sa vessie, je défais le pansement qui est un peu sali le long du tube de Perrier. Les sondes fonctionnent assez bien.

Le lavage des sondes fait sortir de la vessie de nombreux grumeaux purulents. Je prescris des lavages vaginaux très doux.

25 juin. — On a constaté à 7 heures et 1/2 du matin que le tube de Perrier ne fonctionnait plus. Heureusement la sonde urétrale n'était pas bouchée. J'enlève les tubes coudés et la sonde de Pezzer, qui ne sont d'ailleurs bouchés ni l'un ni l'autre. Je mets un autre tube coudé et remplace la sonde de Pezzer par une sonde béquille en gomme n° 19, qui sera changée quotidiennement.

27 juin. — Ablation du tube coudé par lequel rien ne s'écoule. Ablation du drain.

La plaie abdominale ne laisse pas passer l'urine ; elle se cicatrise lentement.

Le 13 juillet. (21e jour) Ablation de la sonde à demeure, rien ne passe par le vagin. La malade se croit obligée d'uriner toutes les 1/2 heures et se plaint de ne pas éprouver des besoins d'uriner.

Je lui demande de n'uriner que lorsqu'elle aura besoin. Elle se met dès lors à uriner naturellement.

Examen du 25 juillet. — La malade urine toutes les 3 ou 4 heures et la nuit une seule fois. Les mictions se font sans

douleur. L'urine est claire. Le toucher vaginal est toujours sensible. Au fond du vagin l'induration s'était atténuée, mais légèrement seulement. La cystoscopie est facile, la capacité vésicale est parfaite. On voit très bien les deux cicatrices : celle de la paroi vésicale antérieure est étoilée, celle de la fistule est linéaire. On ne voit pas trace de catgut.

Le 26 juillet la malade est présentée à la Société de Chirurgie.

OBSERVATION XXIII

(M. Chevassu 1911)

Fistule vésico-vaginale, calcul vésicale. Opération tranvésicale. Echec.

C. S..., 44 ans, ménagère, entrée le 31 juillet 1911 à la clinique des voies urinaires de Necker. Hystérectomisée 15 mois auparavant pour un épithelioma utérin étendu, par mon collègue et ami A. Schwartz, qui me l'adresse. Elle présente depuis cette époque une fistule urinaire vaginale. Depuis 2 mois la malade peut garder ses urines pendant quelques minutes. Elle constate, à cette occasion, que ses urines sont troubles. Actuellement la malade urine toutes les 5 ou 10 minutes, si elle attend plus longtemps les urines passent par le vagin. Ses mictions sont d'ailleurs très douloureuses.

On commence par mettre à la malade une sonde à demeure. On constate que ses urines sont extrêmement troubles. Il existe au fond du bocal un dépôt abondant, visqueux, sanguinolent.

Il existe une double cicatrice sur la paroi abdominale antérieure. La vessie est sensible à la pression.

Le rein droit est perceptible et douloureux à la pression. L'état général est très médiocre. L'aspect franchement cachectique.

Au toucher vaginal on sent au fond du vagin un petit orifice bordé par des lèvres dures ; sur une hauteur de quelques millimètres l'aspect est tout à fait celui d'une boutonnière, le reste du vagin est souple. Je n'ai pas l'impression d'une récidive néoplasique.

Au speculum on voit en avant de la cicatrice du fond du vagin à peu près sur la ligne médiane une tache rouge déprimée légèrement et dont le centre est fongueux : c'est l'orifice de la fistule.

Une sonde urétérale peut y être introduite non sans douleur. J'arrive à en introduire une assez grande longueur : 20 centimètres environ.

La *cystoscopie* est facile ; on peut injecter dans la vessie 225 cc. de liquide. Ils ne s'écoulent par le vagin, que très lentement. Après un bon nettoyage du milieu vésical, on voit parfaitement l'intérieur de la vessie. Congestion intense du bas fond. Ecchymoses dans les deux zones urétérales. Au-dessus du bas-fond, mamelons irréguliers très congestionnés. En bas et à droite une masse rouge noirâtre irrégulière qu'on pouvait prendre pour une récidive néoplasique, mais qui n'est en fait qu'un calcul. Tous petits graviers sont parfaitement reconnaissables alentour.

On ne voit pas la fistule, mais on voit parfaitement la sonde urétérale passée par l'orifice vaginal ; elle entre dans la vessie derrière deux volumineux mamelons situés au-dessus de la zone urétérale.

Il serait possible, grâce à la souplesse du vagin, d'agir sur la fistule par la voie vaginale, mais étant donné la coexistance des calculs vésicaux, il y a une indication précieuse à passer par la voie haute.

Opération le 10 août 1911. Aides : MM. Clap (interne) et Lepinay (externe).

Laparotomie délicate à travers les cicatrices anciennes, le péritoine adhérent est ouvert en un point et tout de suite refermé. Incision verticale de la vessie. Ecarteur de Leguen. Un dépresseur mobile de la paroi postérieure est confié à un aide. Ablation du calcul qui est mou, friable, s'écrase dans la pince. Je dois l'enlever sur une curette. Il a les dimensions d'une cerise. J'ai pu constater en l'écrasant plus tard qu'il contenait à son centre un fil de lin avec son nœud.

On voit bien les deux orifices urétéraux ils sont entourés par une auréole rouge, diffuse à aspect inflammatoire. J'introduis facilement une sonde urétérale dans l'orifice droit et n'insiste pas. La fistule est plus haut, à un centimètre et demi environ au dessus de la ligne idéale interutérale derrière un bourrelet saillant, qui empêche de la voir mais au doigt je sens très bien une sorte de boutonnière analogue à celle qu'on sentait par le vagin et j'y introduit ma sonde cannelée que sent le doigt vaginal de mon aide destiné à soulever la fistule et à déplisser la vessie.

Je passe d'abord deux fils vésicaux de chaque côté de la fistule pour la soulever ; ils ne soulèvent pas grand chose.

Comme je vois très mal la fistule, cachée où elle est derrière un bourrelet vésical, je me contente de l'aviver à la curette avec l'intention de rabattre sur elle le bourrelet qui la cache. Je cherche pour cela à passer des catguts prenants en arrière de la fistule toute l'épaisseur de la paroi vésicale, et traversant en avant le bourrelet ; mais je n'arrive pas à faire

de bonne prise en arrière, et quatre fils coupent successivement les tissus tout à fait friables. J'arrive cependant à passer un cinquième pris plus largement, qui ferme la fistule, puis à côté un deuxième. Mais étant donné l'état de cachexie de la malade je pense que l'opération a suffisamment duré et m'arrête — sans faire d'autres points, sans enfouir le premier plan sous un surjet. Il y a maintenant entre le doigt vaginal de mon aide et mon doigt dans la région de la fistule, une épaisseur appréciable des tissus, mais il n'est pas douteux que sa fermeture est insuffisante et je ne me fais pas grande illusion sur le résultat.

Avant de suturer la vessie j'enlève sur la paroi postérieure, à droite de la ligne médiane, un petit calcul en colonne, dont l'extrémité se trouvait logée dans une sorte de niche. En enlevant ce calcul, il est venu avec lui un fil de lin long de 1 centimètre environ.

Sonde béquille en gomme à demeure.

Suture de la vessie aux deux extrémités de manière à laisser juste le passage pour un tube coudé. Drainage sus-pubien par un petit drain.

Petit lavage vésical ; il ne sort pas de caillots,

Suites opératoires. — Je suis parti le lendemain de l'opération et n'ai revu la malade qu'un mois plus tard. Pendant ce temps elle a été confiée aux soins de M. Heitz-Boyer, mon chef de clinique.

Les quatre premiers jours la température est montée progressivement chaque soir, atteignant 39° 2 le soir du 13 août, puis elle est redescendue pour être normale à partir du 16 août.

Pendant toute cette période on a fait des légers lavages vésicaux fréquents, à l'eau bouillie, et des lavages vaginaux légers également.

Le drain prévésical sus-pubien a été enlevé le 14 août.

Le 16 août, on a fait dans la vessie un lavage au nitrate d'argent, qui a fait sortir par le tube coudé des bouchons purulents.

Le 17 août, en faisant le lavage vaginal, on constate que le liquide injecté par le vagin ressort par la sonde vésicale. On s'assure de cette communication en injectant par le vagin du permanganate.

Le 18 août on remplace le tube coudé par un drain vésical.

Quand j'ai revu la malade à mon passage à Paris le 9 septembre, elle perdait ses urines par le vagin, comme auparavant ; elle a quitté l'hôpital le jour même.

En somme la malade n'a retiré de l'opération qu'un bénéfice partiel :

1° Elle ne souffre plus.

2° Ses urines sont presque claires.

3° Son état général est infiniment meilleur.

La suture faite dans une vessie partiellement septique sur des tissus fongueux et se déchirant facilement a été pratiquée dans des conditions mauvaises. Il eût été préférable de faire d'abord une cystostomie de nettoyage (sous anesthésie locale) et de n'entreprendre la suture de la fistule qu'une dizaine des jours plus tard.

La malade devait revenir après les vacances, pour subir une opération nouvelle dans des conditions meilleures. Je l'ai revue en effet en novembre, mais elle se trouve tellement améliorée, perdant peu d'urines par le vagin si elle a la précaution d'uriner toutes les 1/2 heures, et ne souffrant plus, qu'elle remet à plus tard l'opération projetée.

OBSERVATION XXIV

(Docteur Marion 1911)

Il y a quelque temps, M. Grron m'envoyait à Lariboisière une malade qui, à la suite d'un accouchement, avait conservé une fistule paracervicale, beaucoup plus large qu'une pièce de 2 francs, adhérente par son bord externe au squelette du bassin. Je pensais, en face de ce cas, que la voie vaginale ne me donnerait aucun résulat en raison de la profondeur à laquelle elle se trouvait, de son immobilisation, et de l'étroitesse relative du vagin cicatriciel,

J'attaquais donc la fistule par la voie vésicale, et malgré que la vessie ait été rétractée pendant des mois, il me fut très facile d'écarter suffisamment les parois vésicales pour aborder la fistule. J'en dédoublais les bords et les suturais.

Le résultat ne fut pas complet, mais actuellement la malade, au lieu de perdre la totalité de ses urines, les évacue, pour la plus grande quantité, par l'urètre, et ce n'est qu'en mettant 200 grammes de liquide dans sa vessie qu'on voit sourdre par un orifice très petit, quelques gouttes d'urine, orifice que je pense pouvoir, cette fois, fermer par la voie vaginale.

OBSERVATION XXV

(Docteur Segond 1911)

Fistule vésico-vaginale traitée quatre fois sans succès par la voie vaginale. Cinquième intervention par voie suspubienne. Guérison.

J'ai eu l'occasion de recourir à la taille sus-pubienne pour traiter une fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.

Trois tentatives de suture par voie vaginale avaient échoué déjà quand la patiente se confia à moi. J'en fis une quatrième moi-même sans plus de succès. Devant l'impossibilité d'obtenir un abaissement de la fistule suffisant pour me permettre de la suturer d'une manière convenable par en bas, je me décidai à procéder par taille sus-pubienne. Bien que la vessie fut très rétractée, il m'a été cependant possible de mener l'opération à bien et d'obtenir enfin l'occlusion de l'orifice fistuleux.

M. Rochet cite 2 cas de fistule vésico-vaginale ou la taille sus-pubienne dans le premier et la cystoscopie dans le deuxième cas lui a permis de constater que le bord même de la fistule se trouvait à fleur de l'orifice uretérale. La cure de la fistule n'a pas pu être pratiquée chez ces deux malades pour des circonstances indépendantes de la volonté du chirurgien.

CONCLUSIONS

1° Les fistules vésico-vaginales méritent d'être examinées par leur face vésicale, comme par leur face vaginale. L'examen endoscopique peut donner des renseignements précieux ; il permet en particulier de préciser les rapports de la fistule avec les orifices urétéraux. Cette constatation est d'un intérêt capital.

2° La plupart des fistules vésico-vaginales siègent dans la zone urétérale. Plus souvent qu'on ne pense l'échec d'une réparation par voie vaginale doit être expliqué par la prise d'un des uretères dans la suture.

3° La suture des fistules vésico-vaginales peut-être faite après ouverture de la vessie ; l'opération comprend successivement :

a) Taille hypogastrique en position inclinée, taille par incision longitudinale et sans ouverture du péritoine.

b) La cure de la fistule qui est faite autant que possible par dédoublement. La suture est faite en deux plans

au catgut, l'un perforant à points séparés les tissus, l'autre muqueux : surjet d'enfouissement.

c) Le drainage de la vessie au moyen d'une sonde à demeure et d'une dérivation hypograstrique.

d) Suture soignée de la vessie, sauf au niveau du drain hypogastrique.

4° Les bons résultats opératoires sont en grande partie sous la dépendance du bon fonctionnement des sondes et du drain ; des lavages par les sondes, petits mais très fréquents, s'assureront de ce bon fonctionnement.

5° La voie transvésicale reste une voie d'exception. Elle trouve cependant des indications nettes et précises dans les cas suivants :

a) Vagin très étroit, très cicatriciel ne permettant pas d'obtenir sur la fistule par le vagin un jour convenable.

b) Fistule non abaissable par suite d'adhérences au squelette ou du fait de l'absence du col utérin.

c) Coexistance des lésions vésicales importantes, des calculs en particulier.

d) Echec répété de la voie vaginale.

Vu : Le Président de Thèse,

QUÉNU.

Vu : Pour le Doyen, *l'Assesseur*,

POUCHET.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bardenhuer. — Verchluss grosser vesico-vaginalen Fisteln durch Transplantation der Blasenvand. Arch. f. w. Chir. Berlin, 1891. XLII, 352-367.

Raumm. — Arch. f. gynécologie. Berlin, 1890. XXXIX-3, 422.

Bardesen. — Ein neues Verfahren für die. Operation der tiefen. Blasen-uterus-Scheidenfisteln. Leipzig, 1900, 80, 5.

Braquehaye (J.). — Méthode nouvelle de traitement des fistules vésico-vaginales haut situées. Bull. Hôp. civ. franç. de Tunis, 1901. IV, 19-21.

Browson (S. S.) — Vésico-vaginal fistule, suture of catgut. Med. News. Philadelphie, 1895, LXVII, 174.

Currier. — A new method for operating for vesico-vaginal fistula and the use of salol for weeping the blodder quier. New-York. S. of Gynœk. and Obst., 1892, II 604-608.

Dittel. — Abdominale Blasenscheidenfisteln. Opération Wien Klin Woch. 1893 p. 449.

Deroubaix. — Traité des fistules uro-génitales chez la femme. Paris, 1870.

Doumery. — Traitement des fistules vésico-vaginales par voie hypogastrique. Thèse de Montpellier. 1894-1295.

Delbet Pierre. — Bull. et mem. de la Société de Chir. 13 novembre. 1901.

Duplay. — Traitement de la fistule vésico-vaginale par la suture intravésicale. Bull. de l'Acad. de Médec, 1895, p. 585.

Discussion sur le traitement de fistules vésico-vadinales. Bull. et mem. de la Soc. de Chir. de Paris, 1897, n. 3. XVIII, 155-190.

Emmet. — Incurable vesico-vaginal fistula a new methof of treatment by supro-pubic cystostomy. Americ. Journal of Obstetric., mai 1895.

Fritch. — Uber plastiche Operationen in der Scheide. Central für gyn. 1888, p. 804.

Freund. — Eine newe Operation zur Schlissung gewisser Harnfisteln beim Weibe Somm Klin Wort et F. n° 118, 1895.

Fenomenoff. — Vratch, 1896, n° 21.

Fergusson. — American Journal of obetetrics, avril 1895.

Houks. — Vesico-Vaginal fistula, implicaturij destruction of base of bladder closure Am. Gynœk. and Obst. S. New-York, 1894, V. 25.

Konig. — Behandlung der deutchen Gesellchaft f. chirurgie. XVII, 1888, p. 100.

Labbée. — Clin. Soc. Clin. Chir., Paris, 1876, 225-274.

Lafourcade. — Arch. prov. de Chir. Juillet 1902. Les fistules vésico-vaginales.

Mac-Gill. — An operation for vesico-vaginale fistula throught a soupra-poubic oper. in the Bladder Lancet, vol. II, 1890, p. 2.

Martin. — Du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. Indications et technique des méthodes opératoires. Gas. des Hôp. Paris 1898, 567-572.

Martin. — Traitement des fistules vésico-vaginales. Presse médicale, Paris 1898, p. 196.

Martin. — Etude sur le traitement des fistules vésico-vaginales en particulier sur leur traitement par le procédé du dédoublement. Thèse Paris 1897.

Madelung. — Corresp. Blatt des allgemein. Mecklembourg Aertzvereins, 1889, nº 137.

Meyer V. — Uber die Nachbehandlung des hohen steinschittes, sorvie veber verwendbarkoit dervelben zur opération von Blasencheiden fisteln. Arch. f. klin. chir. 1885, bl. XXXI, p. 525.

Marion. — Bull. et men. soc. chir. 6 fév. 1912.

Mangiagalli. — Annalidi obstétrica ginecologia 1899, p. 772.

Noble. — Ann. f. obst. New-York 1898, XXXVII, 622.

Nelaton. — Traitement d'une variété rare de fistule vésico-vaginale d'un accés difficile : opération préliminaire. Bull. et Mem. Soc. de Chir. Paris 1898, Nº 3. XXIV 666-671.

Pousson. — De la Cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. Communic. au 8e Congrès français de chirurgie. Semaine méd. Paris, 10 oct. 1894.

Peusson. — De la cystost. préliminaire appliqué au trait. de cert. fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. Arch. provinciales de Chirurg. t. 3 nº 12, déc. 1894.

Pozzi. — Traité de Gynéc. 3e édit.

Quenu. — Bull. de la Soc. de Chir., 3 mars 1897

Rafin. — Fistule vésico-vaginale opéré par la voie transvésicale. Lyon médical. 213-1903.

Richelot. — Sur le traitement des fistules vésico-vaginales graves. Soc. de méd. de Paris, mai 1907.

Rochet. — Les principaux modes opératoires des divers cathégories de fistules vésico-vaginales.

Rochet. — Quelques données de clinique et thérapeutique urinaire 1906.

Ricard. — Commun. faite au congrès français de Chirurg. sur le trait. des fistules visico-vaginales. oct 1896. Gazette des hôpitaux. 1896. p. 1225.

Bose. — Uber den plastichen Ersatz. der veiblichen Harnrœhre. Deutche Zeitchr f. Chir. 1878. Bd. IX p. 122.

Rosenthal-Léopold. — An operation for the cure of vésico-vaginal fistula ley the section alta with recovery. The american journ. of obst. and direases of wornen and children vol XXVII mars 1893.

Schwartz. — Un cas d'opération transvésicale de fistule vésico-vaginale. Lienicki Viestnik 1904, n° 7 (Kroatich).

Simon. — Zur operation der Blasencheidenfistel Wien. méd. Wochenschrift 1876, n° 27.

Rochet et Müller. — Fistules vésico-vaginales compliquées de participation uretérale à la fistule. Annales des maladies des organes genitaux-urinaires, n° 12, 1910, p. 1057.

Segond. — Bull. et mém., Soc. de Chir., 1910, p. 912.

Teynac. — De la cystost. prélim. appliquée au traitement des fist fist. vésico-vaginales. Thèse de Bordeaux, 1895.

Thiers. — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales, par la voie transvésicale. Thèse de Lyon, 1903-1904.

Surin. — L'opération des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. Thèse de Lyon, 1908-1909.

Trendelenbourg. — Ueber Blasencheidenfistel operationen und neber Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhohle. Sammluny Klin. Vertrage, n° 355, 1890.

Trendelenbourg. — Zur operation der Blasencheidenfistel fon der Blase and. Deutche medic. Wochenchrift, 1892, n° 23.

Vollicher. — Heilung ener Blasencheidenfistel durch endovésicale cauterisation. Wien. med. Presse 1897 XXXVIII 1624-1632.

Verneuil. — Chirurgie réparatrice. Fistules vésico-vaginales 1877.

Forgue. — De l'opération tranpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Revue de Gynec. et de Chirurgie abd. 1906 p. 503.